A DECISION-MAKING MODEL FOR ASSESSING AND INTERVENING IN CASES OF ELDER ABUSE AND NEGLECT

April, 1990

By Lori Kartes, BASc, M.S.W.

COUNCIL ON AGING OF OTTAWA-CARLETON
CONSEIL SUR LE VIEILLISSEMENT D'OTTAWA-CARLETON
256 King Edward, Ottawa, Ontario K1N 7M1 · (613) 232-3577

91-01893/

TABLE OF CONTENTS

Abstract i

Foreword ii

Acknowledgement iii

1.0 Introduction and Rationale for Study 1

2.0 A Decision-Making Model 6

2.1 The Conceptual Basis 6

2.2 The Model and its Components 9

2.3 The Assumptions of the Model 15

3.0 The Case Detection Phase of the Model 18

3.1 Physical Abuse 20

3.2 Psychological Abuse 25

3.3 Financial Abuse 28

3.4 Neglect 30

3.5 Barriers to Case Detection 34

4.0 The Intervention Phase of the Model 41

4.1 Variables Relevant to the Etiology of Abuse/Neglect 42

4.2 Mental Competency of Elder 50

4.3 Intervention Options 52

4.4 Perceived Constraints 58

4.5 Perceived Consequences 66

5.0 Summary and Recommendations 70

6.0 Bibliography 74

ABSTRACT

Multiple and complex dilemmas frequently arise when the problem of elder abuse or neglect is confronted by helping professionals. Yet certain inadequacies in the existing research literature suggests that even "well-informed" service providers -- particularly those working within Canada -- are offered limited direction and support in their struggle to meet the challenges inherent in work with actual or potentially mistreated elders. Not only have the required practice decisions intrinsic to case detection and intervention not been clearly delineated, but the multiple factors that may/should influence the decision-making process have not been sorted out and dealt with in an orderly and holistic fashion. One possible solution -- a decision-making model based on existing elder abuse literature (with an emphasis on Canadian content) and on selected philosophical concepts and ethical principles -- is presented.

FOREWORD

The Council on Aging of Ottawa-Carleton, as a policy and planning body addressing the needs of seniors, has a long-standing interest in the issue of elder abuse and has had a committee exploring its nature and possible remedies for the last four years. Thus the Council is particularly pleased to sponsor the publication of A Decision-Making Model for Assessing and Intervening in Cases of Elder Abuse and Neglect which is a useful tool for those interested in identifying and dealing with this serious problem. We acknowledge with gratitude the valuable contribution made by the **National Clearinghouse on Family Violence, Family Violence Prevention Division, Health and Welfare Canada** that has made this publication possible.

Margaret Wade Labarge
President, Council on Aging

ACKNOWLEDGEMENTS

First and foremost, I want to thank my husband, Rob, and my parents, Jim and Meryl Marshall, for believing in me and providing so much support and encouragement throughout.

I want to also extend my appreciation to the following: Roland Lecomte, Director of the Carleton University School of Social Work, for his advice and guidance in relation to the project; my friend, Corey Colbourne, for her assistance in preparing the final copy of this report; members of the Social Workers Association in Gerontology (S.W.A.G.) and Queensway Carleton Hospital's Social Work Department for providing me with impetus to seek its publication; the Council on Aging for readily sponsoring this publication; and the Family Violence Prevention Division of Health and Welfare Canada for providing a funding and distribution base.

Notably, the views expressed in this document are those of the author and do not necessarily reflect the official views of the Government of Canada or any one organization.

CHAPTER 1.0 INTRODUCTION AND RATIONALE FOR STUDY

The Family has historically been perceived to be a sacred institution for the care of the individual -- an inviolate haven of love, safety and protection. Yet evidence has mounted over the past three decades that clearly disputes this notion. The 1960's brought with it the shocking realization that parental abuse of children was very much a reality. During the 1970's the discovery of wife abuse captured significant public and scientific attention. Now, during the 1980's and 90's, our attention is again shifting to a third hideous segment of the family violence composite -- that of elder abuse. Increasingly, researchers, policy-makers at all levels of government and professionals, alike, are recognizing the vulnerability of aged family members to intrafamilial abuse, neglect and exploitation -- and they are expending much energy in order to shed light on this phenomenon.

Elder abuse, like familial abuse in general, is not a new problem in our society -- nor is it new to caseloads of social workers. Yet selective inattention appears to have long masked abuse of the aged from professional as well as public eyes. As Rathbone-McCuan suggests,

> It took clinicians a long time to accept the existence of child abuse and wife abuse. Their current preoccupation reflect values that lead to the beliefs that it is unacceptable to beat a wife and horrible to beat a child, but nobody beats an aging parent (1982: 189).

In the midst of increasing evidence about positive roles and supportive functions of the family for the elderly, reactions of astonishment and disbelief to reports of elder abuse are, indeed, commonplace. However, denial by involved persons does nothing to remove this very real societal tragedy.

Certainly the magnitude of the suffering alone justifies our serious attention to this matter. Indeed, a recent Canada-wide survey of 2000 randomly selected seniors who reside in private dwellings revealed that elder abuse is a full-scale problem affecting at least 4% of our aged population (Podnieks & Pillemer, 1989). Given that there are 2,457,000 elderly Canadians residing in private households (1986 Census), it is possible that about 98,000 older persons in this country have recently experienced some form of maltreatment. Notably, current demographic, socio-cultural and economic trends suggest that abuse of the aged will become a problem of even greater proportions in the years to come. In fact, if projections are correct, by the year 2001 there will be in the order of 3.8 million aged men and women who will account for about 14% of all Canadians, and 425,000 of these persons will be 85 years of age and over. This latter group of people -- characterized as it will be by a proportionately larger number of women -- will be almost twice the size of our present " old old" population and will be most vulnerable to abuse in all its forms (Health & Welfare Canada, 1987). At the same time, the supply of family caregivers will continue to be eroded by an increasing number of women in the workforce and declining birth rate. The result, of course, will be a rather top-heavy or inverted pyramid-shaped structure representing fewer and fewer "younger" people being charged with the burden of care for an expanding elderly population.

Clearly the most compelling argument for giving serious consideration to the issue of elder abuse stems not so much from the size of the problem (although it's size is certainly substantial enough) but rather, from ethical principles that are widely shared in Canadian society. Elderly citizens -- like everyone else -- have the right to live in environments where they are safe and respected. In view of this, preparation of social workers and other helping professionals to respond to the special needs of the abused elderly and their family is imperative.

Elder abuse is not a clear, concise, concrete black and white issue and, therefore, provides a very real challenge to service providers who must assess and intervene in actual or potential cases of mistreatment. Not only does it touch ethical principles on a professional and personal level, but unique practical dilemmas often arise which may be further compounded by the framework and confines of the current legal, financial and political systems. Over the course of the past 10 years, important advances have been made in the field of research which have undoubtedly facilitated practitioners in their struggle to prevent and protect older persons from mistreatment. Authors such as Giordano & Giordano (1984), Hudson & Johnson (1986), Langley (1981) and Pedrick-Cornell & Gelles (1982), for example, have reviewed the literature on elder abuse in order to establish the current state of knowledge regarding such things as the extent, patterns and etiology of abuse, and identification and treatment strategies. Others have strived to educate clinicians and increase the likelihood of early intervention by presenting clinical indicators of elder abuse. The methods of case detection that have been proposed draw primarily on theoretical assumptions and anecdotal reports and range from formal protocols (ie. Canadian Association of Social Work Administrators in Health Facilities, 1987; Falcioni, 1982; Tomita, 1982) to guidelines for improving practitioners' skills in the area (ie. O'Malley et al., 1983; Rathbone-McCuan, 1982). Still other writers have highlighted some of the ethical, social and political complexities of case detection and intervention (ie. Bookin & Dunkle, 1985; Champlin, 1982; Matlaw & Mayer, 1986; Rathbone-McCuan, 1980; and Ross, 1988).

Nevertheless, certain inadequacies in the existing research literature appears to suggest that even the "well-informed" practitioner is provided with limited direction and support in her/his struggle to effectively assess and intervene in situations where there is concern for the physical, emotional, or material well-being of an adult. Not only have the various practice decisions inherent in work with the abused elderly and their families not yet been clearly specified and delineated, but the multiple conflicts and dilemmas that may arise when the

problem of abuse is confronted have not yet been sorted out and dealt with in an organized, systematic and holistic basis. Since the current knowledge-base is primarily American in origin, it seems likely that helping professionals in Canada have had to rely to an even greater extent on practice wisdom, rather than scientific enquiry, when working with the victimized elderly (for incompatibilities in the legal, financial and political systems in these countries means that generalizations to the Canadian situation are not necessarily appropriate).

This paper presents a decision-making model as one possible solution to the previously mentioned deficiencies in research on elder abuse. By drawing on existing literature, the model strives to clarify and systematically define the following: 1) the decisions that may need to be made during the detection and intervention stages; 2) the factors that can/should influence decision-making; and 3) guidelines to facilitate the identification and intervention process. Notably, the content has been made as relevant to the situation here in Canada as possible. Although the model does not attempt to offer a paradigm for resolving the variety of issues inherent in the interaction of the abused elderly and their families with the social and health service systems, it does offer the potential for fostering more informed decision-making and improved reasoning primarily on a case-to-case basis. At a minimum, it is hoped that this model will serve as an initial training and orientation document for the new direct service worker; a reference manual for the seasoned worker; and a clear guideline to all workers facing high-risk decisions of this kind.

With this in mind, the remainder of this paper is divided into 4 major sections or chapters.

The focus of discussion in Chapter 2 centers on the conceptual basis of the proposed decision-making model. The origin, foundations, and nature of the model are examined, and the model and its various components are illustrated.

Chapter 3 explores the first stage of the model -- that of "case detection". The various aspects that practitioners may take into consideration when establishing the presence or absence of mistreatment are discussed in detail, as are the factors that can influence this decision-making process.

In chapter 4, the focus of attention again shifts to the "intervention" stage (or stage "B") of the model. The various factors that may be considered when making intervention decisions are addressed.

In the final chapter, conclusions are drawn, and recommendations for practice and future research are outlined.

CHAPTER 2.0 A DECISION-MAKING MODEL

2.1 The Conceptual Basis

A review of the Social Work Research and Abstracts (1965 - April 1989) reveals little in the way of decision-making literature related to elder abuse, or any other social phenomenon for that matter, that could be drawn upon in the development of this model. Barbara Pine, in her 1987 article entitled "Strategies for More Ethical Decision Making in Child Welfare Practice", presents a decision-making model that incorporates selected philosophical concepts and professional ethical guidelines and organizes them in a way that facilitates their application. Designed in a ten-question format, its goal is to promote better ethical reasoning on a case-by-case basis. Certainly all practitioners -- regardless of the nature of their caseload -- can benefit from asking themselves questions such as: "What are the sources of power of each party in the case? Is the distribution of power equal? If not, what can be done to equalize it?" To this extent, Pine's model offers valuable information that can be incorporated in the present study. Yet its utility is still quite limited, since the model currently being proposed aims to go beyond the delineation of questions that will guide service providers in ethical decision-making. That is, its objective is to address all factors relevant to the decision-making process.

The decision-making model developed by Stein & Rzepnicki (1983) also appears to be of limited usefulness as far as the evolution of the present model is concerned. Through the use of flow charts and accompanying narrative, these researchers offer child welfare workers structured procedures for making specified decisions relating to three intake phases: namely, reception, investigation and problem assessment, and service planning. In essence, the model can be described as an innovative practice method that defines and structures the tasks of workers while restricting autonomous judgement and increasing their accountability. Certainly the model is of value to those who must assess and intervene in situations of child abuse or neglect. Yet the obvious distinction between cases of child and elder abuse, in itself, suggest

that the model's utility to social workers and other "helping professionals' working with the abused aged and their families is rather limited. Furthermore, because it generally can be assumed that practitioners have a certain level of competence, it seems likely that providing specific directives to guide their decision-making is not only unnecessary for the most part, but is demeaning to workers as well.

Shedding light on the decision-making processes of workers in various disciplines and settings appears to be the chief objective of the remainder of the decision-making literature (ie. Baumann & Bourbonnais, 1982; Dileonardi, 1980; Janis & Mann, 1977; Phillips & Rempusheski, 1985). Notably, one of these empirical investigations specifically explores the decision processes of those who must identify and intervene in neglectful and abusive elder-caregiver relationships. Tape recorded interviews of a theoretical sample of 29 health care providers (16 nurses and 13 social workers) were coded and analyzed in order to determine the following: a) how practitioners conceptualize abuse and neglect of the aged; b) the relationship between care providers' definitions of abuse and case detection decisions; and c) the relationship between case detection decisions and intervention decisions. The 4-stage conceptual model that was generated from the data identifies three different types of decisions required of practitioners as well as various categories they consider in making these decisions. Furthermore, five different pathways for processing through the model are revealed.

At first glance, it might appear that Phillips & Rempusheski's model actually negates the value of this research -- or that it would at least serve as an invaluable foundation from which to build the present model. This, however, has not proven to be the case. In fact, it appears that its utility (as far as the proposes of the current study are concerned) has been limited to that of providing a general format for the model and outlining some broad categories that can

influence decision-making. The reason for this appears to lie in the very divergent goals of these respective studies. As previously mentioned, the chief intent of the present study is not to describe factors that service providers actually consider when making case detection and intervention decisions (as is the case in Phillips & Rempusheski's research) -- but rather to provide an educational tool that will facilitate more informed decision-making and improved reasoning on their part. Since the current practices of so-called "helping professionals" are not always those we would like to support or encourage through an educational medium such as the one proposed, the author has deemed it necessary to make significant modifications to the aforementioned decision-making model. The following example is cited as a means of illustration.

Phillips & Rempusheski's 1985 model reflects the fact that health care providers in their sample considered both the nature of the situation (to determine whether the situation was "good", "tolerable", or "bad") and the underlying reasons for it (to determine whether the reasons were "good"," understandable", "bad", and so on) during the case detection process. It was found that the more "understandable" or "good" the reasons and the better the caregiver's intentions, the less likely practitioners were to define the situation as abusive or neglectful and to intervene. The present author feels strongly that sitting back and allowing cases to fall through the net simply because the acts are not deliberate or their reasons understandable is doing serious injustice to both elders and their families. Indeed, substantial harm can occur with the best of intentions. Even if abusive acts are not willful, the fact that they have occurred justifies some form of action on the part of practitioners to try to prevent their recurrence. In order that this view would be reflected in the present model, the issues raised by the intention of the caregiver and underlying reasons for the acts have purposely not been included within the domain of the identification mode. Rather, the author has delegated them to the treatment or intervention phase and has reserved the identification phase for the sole function of establishing whether mistreatment of one form or another has occurred.

The model that is presented on the following pages really bears little resemblance to the Phillips & Rempusheski model or any other decision-making model for that matter. In essence, it has grown out of the authors efforts to critically analyze and make some sense of the some 90 articles that have been accessed through Social Work Research and Abstracts (1965 - March 1989); the Inventory of Marriage and Family Literature (1980 -1986); and the Elder Abuse Bibliography compiled by the National Clearinghouse of Family Violence (1988). Strands of information that have been perceived to be relevant for the purposes of this paper have been extracted from these various pieces of literature, woven together, and presented in a format that can potentially facilitate all practitioners in their struggle to "make sense of it all" -- that of a theoretical decision-making paradigm. Notably, no attempt has been made to address issues inherent in work with abused or neglected elders in nursing homes or other institutional settings -- for it is believed that these represent special situations that need to be considered separately. Instead, this research concentrates solely on aspects of decision-making related to assessment and intervention in cases of actual or potential intrafamilial abuse of elders who reside in the community.

2.2 The Model and its Components

A review of the clinical and research literature to date suggests that work with actual or potential "victims" of abuse and their families is essentially characterized by two distinct phases -- the first being that of assessment or case detection/identification and the second that of intervention or treatment. This researcher has elected to follow this lead and make a similar division in the present model primarily for the purposes of organization.

Notably, the choice of the most appropriate term to describe the first section of this paradigm has been the subject of serious deliberation. It seems that the term "assessment", as it traditionally is described in the elder abuse literature, refers to the first step that precedes the

intervention process. It is a step that involves both the examination of the client and caregiver situation to evaluate for potential mistreatment, as well as the identification of variables relevant to the etiology of abuse. This categorization, however, is not at all one that the author feels comfortable with. First of all, the reality of it is that assessment is not a one time event but rather, a continual process which is repeated at appropriate intervals and for different purposes (including that of determining the appropriate course(s) of action that should be taken). Second of all, Phillips and Rempusheski (1985) have shown that when the nature of abuse, its etiology, and the intent of the caregiver are considered together during the assessment mode, there is a tendency for practitioners to discount cases and choose not to intervene when abusive or neglectful acts are deemed unwillful or the reasons, good or understandable. As previously mentioned, this is very much a practice that the author looks down upon -- for it is believed that the occurrence of mistreatment, in itself, should justify some form of action on the part of service providers to try to ameliorate the problem.

It is because of these preceding arguments that the author has designated stage "A" of the model as the "case detection" phase. This term, by definition, reflects exactly what the author argues should be the sole function of this phase -- that of establishing the presence or absence of physical abuse, psychological abuse, financial abuse, and/or neglect of the elderly. (See Table 1 on page 13 for definition of these terms.) Making judgements as to whether the abuse or neglect is "passive" or unintentional, or "active" or intentional (distinctions made in definitions proposed by such researchers as Douglass & Hickey (1979)) is a task that should be reserved for the intervention phase or stage "B" of the model. This latter stage calls for an entirely different set of propositions and a very different purpose than that of stage "A" -- that of assessing what can be done to end both the immediate threat and the potential for future episodes. It seems appropriate that the choice of an intervention strategy would rest, in part, on whether the cause was a result of "passive" or "active" neglect and/or abuse.

The proposed decision-making model is presented on the next page in its entirety (Figure 1). As one can see, the aforementioned umbrella stages of the model -- that of case detection ("A") and intervention ("B") -- have been further divided into four substages which have a clear integrating scheme. Stages AI and BIII delineate the categories/subcategories that practitioners may consider during decision-making. It is assumed that the formulation of rational decisions necessitates the more or less systematic accumulation of as much objective and subjective information as can be reasonably gathered. (The categories and category definitions for stages AI and BIII are presented in Tables 2&3.) Stages AII and BIV, on the other hand, are characterized by decision points at which service providers must assess the acquired information to determine a decision outcome.

Notably, phases AI, AII, BIII, & BIV of the model are completely heuristic, since they have been delineated by the researcher. Although the stages represent change over time, the time interval between them is indeterminate. Furthermore, the stages are fluid in nature -- that is, no decision outcome in the model is necessarily final, although it may be. Indeed, feedback can occur during all of the stages, with practitioners continuing to acquire data and formulate opinions even subsequent to the completion of a stage. By way of example, an individual who establishes that abuse has occurred may, in fact, change her/his mind and move onward in the model if additional data is forthcoming that weights the observations toward one decision or another. Similarly, a service provider who has formulated an intervention decision may alter that decision and select another course of action, providing the ongoing observations indicate that this is justified.

Figure 1. A Decision-Making Model for Assessing and Intervening in Cases of Elder Abuse and Neglect

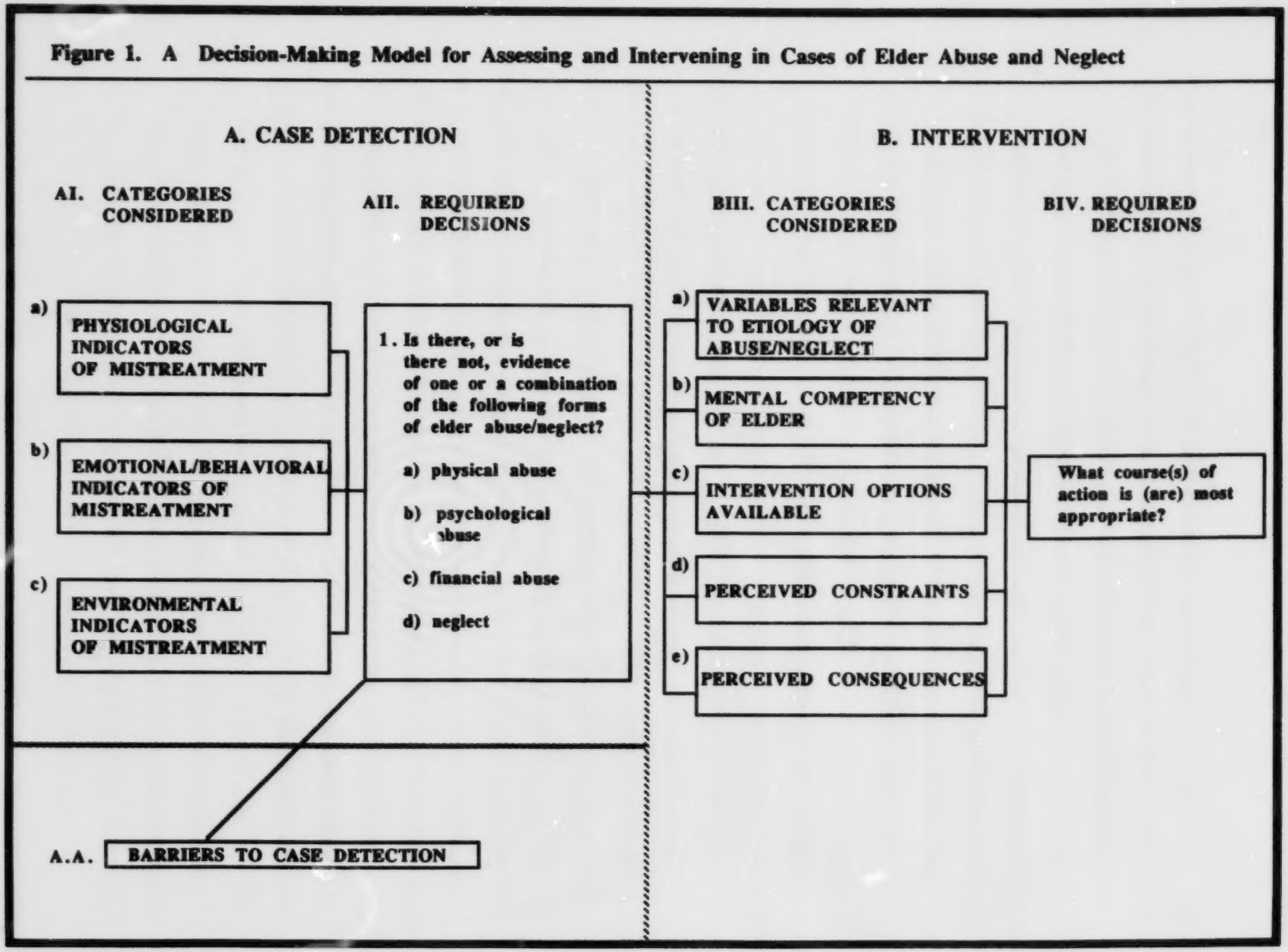

Table 1. Extrinsic Definitions of Abuse and Neglect Used in Stage AII of the Model

a) **Physical Abuse** - is any unnecessary actions that result in bodily harm or discomfort. It may include assault, rough handling, sexual assault, (coercion, physical restraint and under/over medication).

b) **Psychological Abuse** - is the provoking of the fear of violence or denial of care or abandonment. It can be a spontaneous or protracted and systematic effort to dehumanize or intimidate and may include the denial of opportunity to share in decision-making, verbal assault, (name calling, threatening, humiliation, infantilization), or emotional abandonment.

c) **Financial Abuse** - is any situation involving the dishonest use of an elderly person's personal money or property or the wrongful failure to use an elderly person's assets for that person's welfare. These may be accomplished by fraud, force, through misrepresentation, ignorance or withholding.

d) **Neglect** - is ignoring, whether intentionally or unintentionally, any needs of a dependent elder for physical, social, or emotional support and health care.

Source: Council on Aging of Ottawa-Carleton, 1988, Appendix 1
(The words in brackets are those of the current author.)

Table 2. Category Labels and Definitions for Stage AI

a) **PHYSIOLOGICAL INDICATORS OF MISTREATMENT**: Observable conditions of the aged person that range from signs of physical neglect (ie. malnutrition, dehydration and lack of personal hygiene care) to obvious physical injury (ie. fractures, dislocations, bruises, burns, and so on).

b) **EMOTIONAL/BEHAVIORAL INDICATORS OF MISTREATMENT**: Emotional reactions of the elder and caregiver that may signal abuse or neglect (ie. anxiety and fear, apathy, withdrawal) as well as the interactional context of the situation (ie. caretaker's role performance, elder's comfort level with the caretaker, and so on.).

c) **ENVIRONMENTAL INDICATORS OF MISTREATMENT**: Characteristics of the environment that suggest its inadequacy in terms of meeting the specific needs of the elder. This can include such things as the presence of health and safety hazards, inadequate finances and caregiver resources, and a lack of a support network.

Table 3. Category Labels and Definitions for Stage BIII

STAGE BIII CATEGORIES CONSIDERED IN THE FORMULATION OF INTERVENTION DECISIONS*

a) **VARIABLES RELEVANT TO THE ETIOLOGY OF ABUSE/NEGLECT**
   i) **Relationship Factors***: Interactional context of the situation, including history of the relationship and nature of interplays.
   ii) **Elder Factors***: Characteristics of the elder, including elder's health condition, care needs, and personality traits.
   iii) **Caregiver Factors***: Attributes of the caregiver, including her/his physical and mental health, personality, knowledge and attitudes (ie. related to aging process)
   iv) **Situational or Environmental Factors***: Life circumstances of the relevant parties, including customary lifestyle and situational stressors (ie. physical illness; conflicting responsibilities; financial hardship; unemployment; inadequate housing; marital conflict; and so on).

b) **MENTAL COMPETENCY OF ELDER**: The capacity of older clients for self-determination -- that is, "having the ability to understand subject matter in respect of which consent is requested and able to appreciate the consequences of giving or withholding consent" (Podnieks, 1987: 11).

c) **INTERVENTION OPTIONS AVAILABLE***: Viable intervention strategies, in view of the circumstances, at the levels of the individual "victim", family, community, and society.

d) **PERCEIVED CONSTRAINTS***: Factors that restrict action and limit the available intervention options, including constraints related to the nature of abuse and neglect; the legal and political systems; agency resources; and the technical and empirical knowledge-base.

e) **PERCEIVED CONSEQUENCES***: Limitations dictated by the potential outcomes of action, including possible utilitarian losses for the elder and service provider.

*Those categories/sub-categories demarcated with an asterisk are delineated in Phillips & Rempusheski's 1985 model describing decisions of health care providers about elder abuse.

Section AA of the model has yet to be addressed, for it is not a "stage" that characterizes the decision-making procedure per se but, rather, represents factors that can impede the case-detection process -- that is, barriers that can inhibit decision-making, including constraints related to the technical and empirical knowledge-base, agency resources and mandate, and the nature of abuse and neglect. (It is for this reason that the author has theoretically separated this section of the model from the remainder by way of a dotted line.) Its inclusion in the model has been deemed necessary, however, for the following reason. Studies of such researchers as Block & Sinnott (1979) and Hickey & Douglass (1981) have all relied on the skill of health care providers to survey a population of aged individuals and identify those who are victims of abuse or neglect in one form or another. Yet the reality of it is that practitioners have many difficulties when they attempt to identify an abused elder -- despite the presence of assessment guidelines in the clinical literature and conceptual and operational definitions of abuse (Lau & Kosberg, 1979; Douglass et al., 1979). Informed and rational decision-making requires that practitioners take into consideration the various factors that may affect the decision process.

Some of the key underlying assumptions of the proposed decision-making model are the focus of the next section of the paper. It is hoped that this will provide the reader with a foundation for a better understanding of the model.

2.3 The Assumptions of the Model

1. First of all, the model is based on the premise that each case of abuse is very different -- as are the people involved. Eastman (1984) suggests that many social workers and other so-called "helping professionals" do not individualize the needs of elderly people but, rather, view the patient or client as some stereotyped representative of "old age". The assumption made here, however, is that any assessment or intervention that denies the individuality of the client and family members is meaningless.

2. Although this model is clearly designed to facilitate practitioners in their decision-making regarding cases of abuse and neglect, it is assumed that their clients will be given ample opportunity to participate in the process to the extent they are able (that is, competent to do so). For in the words of Goldstein,

> To be a child is to be at risk, dependent, and without capacity to decide what is "best" for oneself. To be an adult is to be a risk taker, independent, and with capacity and authority to decide and to do what is "best" for oneself (Katz, 1979: 716-17).

Once the age of majority has been attained, the power to make decisions in relation to one's life belongs to the individual. That power should not be lost by virtue of old age alone.

3. A third important assumption of the decision-making model is that elder abuse is rarely a clear-cut aggressor-verses-victim problem. Viewing the situation in terms of "good and bad guys" is missing its essence, since offenders are very often as much victims of circumstance as are the recipients of abuse. For the most part, they are not monsters, but rather, ordinary people caught up in an endless cycle of anxiety, fear and frustration. Certainly one can never condone an attack on a vulnerable elderly person any more than one can condone an attack on a defenseless child or any other human being. Yet blaming the abuser (or the elder for that matter) will do little to help either restore fractured emotions or to ensure that abuse ceases. What we, as practitioners, need to do is to view the difficulties from all points of view and to intervene in a way that will address the needs of both the abuser and the abused.

4. A related premise of the model is that the underlying cause of elder abuse in our society is largely rooted in the social order and not in the individual. This implies that the resolution of this social problem necessarily involves intervention at the societal, as well as the family levels.

5. A fifth and final assumption of the model is that practitioners who assess and intervene in cases of actual or potential abuse are members of a multi-disciplinary team. This team approach appears to be flourishing in both hospital and community settings, since it is increasingly being recognized that comprehensive investigation and intervention demands expertise in such disparate fields as law, social work, medicine and psychiatry -- expertise which is generally beyond that of any one individual.

Thus far, the reader has been presented with a very broad picture of the proposed decision-making model. It seems appropriate that the paper now move to explore the first stage of the model -- the case detection phase -- in more detail. This will be the focus of the next chapter.

CHAPTER 3.0 THE CASE DETECTION PHASE OF THE MODEL

From the moment practitioners receive a referral -- whether it be from a professional colleague, concerned citizen, or a relative, friend or neighbor of the alleged victim of mistreatment -- they must function as a "first class strategists" (Quinn & Tomita, 1985: 97) and utilize all available resources that are available to them (including their five senses and intuition). Proper case detection -- that is, establishing the presence or absence of abuse or neglect based on extensive information and understanding of the client situation -- may require several contacts over a period of time and may be very time-consuming. Yet it is a necessary first step that will predict and guide the intervention efforts of service providers. It also marks the onset of an individualization process that continues until termination.

Since elders very often endure the physical and emotional pain associated with familial mistreatment in silence (for reasons alluded to later), practitioners must necessarily rely to a great extent on their own powers of observation during the case identification process (Falcioni, 1982; Kinderknecht, 1986). Indeed, careful traditional assessment must be augmented by particular attention to physiological manifestations compatible with mistreatment, behavioral/emotional indicators, and environmental factors which suggest its inadequacy in terms of meeting the elder's needs.

First, and perhaps the most significant aspect of case detection is understandably the physical signs or symptoms of domestic mistreatment of the aged. It is imperative that practitioners be attuned to these, given the potential urgency of treating their client's injury and the necessity of accumulating hard evidence to legitimize and facilitate further intervention steps. Clear professional documentation is required -- particularly when the elderly victim is frail due to chronic health problems or when service providers deem it necessary to initiate actions that are counter to the wishes of the elderly person and his/her family in order to protect

their client. In the words of Rathbone-McCuan & Voyles, "anything less adds to the potential dangerousness of the situation for the aged person; complicates the practitioners access to him or her; and confuses the process of making decisions about intervention (1982: 190)."

Any specific emotional/behavioral indicators of mistreatment that can be noted should serve to increase the value of the professional's more subjective information while increasing its utility for future decision-making. Much can be learned by observing the alleged victim and caregiver alone during individual assessment interviews (where they may feel more at ease disclosing pertinent information), and by observing the face-to-face interaction between the two (Kinderknecht, 1986; Kosberg, 1985). Observing the condition of the home and surrounding environment may also be extremely fruitful as far as the identification of elder abuse or neglect is concerned.

Before examining the specific physical, behavioral and environmental factors that may be indicative of elder mistreatment in its various forms, several important points bear mentioning. Firstly, it should be noted that one observation or symptom alone may be meaningless or interpreted as a sign of aging or illness; however, a cluster of several indicators or a recurrence of one or more increases the likelihood of abuse or neglect and should be followed through (Podnieks, 1985; Ross, 1988).

Secondly, any one situation may be characterized by more than one form of mistreatment. In fact, Girard (1985) suggests that when physical abuse is manifest, neglect is also evident in virtually every case. Similarly, those who are subjected to fiscal or physical abuse tend to be victims of psychosocial abuse or neglect as well (Senior Citizen's Secretariat, 1988).

Finally, practitioners need to keep in mind that the diagnosis of elder mistreatment can lead to labelling which can, in itself, be as dangerous as abuse (Eastman, 1984). In view of

this, assessments that provide an adequate basis for making judgements in the case detection phase must be necessarily thorough and complex.

3.1 Physical Abuse

Recent evidence emerging from Podnieks & Pillemer's 1989 survey of elder abuse within Canada suggests that physical violence - ranging from pushing and grabbing to assault with a weapon - was the second least common form of maltreatment, with a prevalence rate of about 5 per 1,000 seniors in private dwellings or about 12,000 elderly Canadians. Nevertheless, it is still the most visible form of domestic mistreatment of the aged and practitioners are most likely to detect it.

Listed below are some of the more important and more observable physical manifestations compatible with physical abuse. Notably, indicators of this type of victimization could include any of the same indicators of emotional/psychological abuse or undiagnosed physical illness for that matter (Senior Citizen's Secretariat, 1988).

- Visible bruises, bumps, contusions, grip marks and welts on the chest, shoulders, back, arms or legs which are in various stages of healing and which are inconsistent with the explained cause (Eastman, 1984; Fulmer, 1984; Ghent et al., 1985; Podnieks, 1985; 1988; Rathbone-McCuan & Voyles, 1982; Senior Citizen's Secretariat, 1988).

- Unexplained cigarette or cigar burns (especially on the soles, palms, back or buttocks); rope and chain burns from confinement; and burns caused by acid or other caustic materials or objects of various sorts (ie. iron or electric burner) (Eastman, 1984; Fulmer, 1984; Kinderknecht, 1986; Rathbone-McCuan & Voyles, 1982; Senior Citizen's Secretariat, 1988).

- Unexplained lacerations or abrasions to the mouth, lips or other parts of the face or to the body, such as puncture wounds and crushing and perforating wounds (Fulmer, 1984; Rathbone-McCuan & Voyles, 1982). Typically present are fractured limbs which protrude from the skin (thus causing infection) and lacerated wounds inflicted by objects such as coat hangers or belt buckles (Rathbone-McCuan & Voyles, 1982).

- Head injuries such as balding hair or hemorrhaging beneath the scalp may be derived from severe hair pulling (Rathbone-McCuan & Voyles, 1982).

- Unexplained shuffling and loss of mobility accompanied by weakness may reflect the use of restraints (Senior Citizen's Secretariat, 1988).

- Fractures or internal injuries which may be only partially healed and perhaps totally untreated and which cannot be explained adequately and to the satisfaction of medical personnel (Fulmer,1984; Podnieks, 1985; 1988).

- Unexplained grogginess or confusion on the part of the aged person may be attributed to excessive medication or medication inappropriate to his/her condition (eg. "restraint by medication") (Eastman, 1984; Podnieks, 1985; 1988; Senior Citizen's Secretariat, 1988). Relatives who face several sleepless nights may very well find themselves initially giving their elderly family member an additional sleeping pill and then contemplating giving several.

- Pain, bruising or bleeding in the external genital, vaginal or anal areas; difficulty in walking or sitting; and torn, stained or bloody underclothing may be indicative of sexual abuse (Fulmer, 1984; Podnieks, 1985; 1988; Senior Citizen's Secretariat, 1988).

What may be equally significant to the detection of physical maltreatment is the behavioral-attitudinal response of elders during assessment interviews. Relevant indicators in the category may include the following:

- The manifestation of fear (Ghent et al., 1985; Podnieks, 1985; 1988; Rathbone-McCuan & Voyles, 1982; Senior Citizen's Secretariat, 1988). In the presence of the alleged perpetrator, for example, elders' eyes may dart continuously about; they may sit as far from their caregiver as possible; or they may appear excessively nervous, cringe, back off, or dodge, as if expecting to be hit. Generalized and unusually high-level fear which is derived from any and all aspects of the environment is apparently commonplace in these situations as well (Rathbone-McCuan & Voyles, 1982). It is imperative that practitioners do not prematurely assume that their generalized fear is symptomatic of paranoia or senility. For as Rathbone-McCuan & Voyles point out (1982), aged persons (whether disoriented or otherwise) tend to exhibit security in a familiar home environment unless there is a sense of threat.

- Denial of any problem by an elder or a reluctance to provide information (Ghent et al., 1985; Podnieks, 1985; 1988).

- Overprotectiveness toward the caregiver (Ghent et al., 1985).

- Resignation, withdrawal, or passivity (Ferguson & Beck, 1983; Ghent et al., 1985; Podnieks, 1985; 1988).

- History of unexplained "accidents" or injuries (Podnieks, 1985; Quinn & Tomita, 1986; Ross, 1988).

- History of doctor or agency "hopping" in order to conceal previous injuries (Podnieks, 1988; Quinn & Tomita, 1986; Ross, 1988).

- History of waiting excessively long to seek treatment for trauma or illness (Podnieks, 1988, Quinn & Tomita, 198; Ross, 1985). Suspicious injuries may include week-old bruises and gangrenous feet.

Assessing the behavioral-attitudinal responses of caregivers is also very important as far as the determination of the presence/absence of physical mistreatment is concerned. Specific verbal content, communication styles, and physical movements that should trigger further investigation include the following:

- Evasive responses to questioning (Eastman, 1984; Podnieks, 1988). Child abuse studies have revealed that vague explanations should be treated with suspicion. Likewise, a caregiver who reports that the aged relative "must have fallen over", "must have slipped over when she wet herself", or "must have somehow fallen down the stairs" should be asked further questions (although not cross-examined, at this point, as if she/he was in a witness box).

- Reacts defensively when questioned and/or "blames" the elder for his/her incontinence, wandering behavior, and so on (Podnieks, 1985; 1988).

- Demonstrates a loss of control or fear of losing control (Ferguson & Beck, 1983).

- Appears excessively concerned or unconcerned about either the injury or care issues (Eastman, 1984; Ferguson & Beck, 1983; Podnieks, 1985; 1988; Rathbone-McCuan & Voyles, 1982).

- Avoids physical, verbal and facial contact with the elder or service provider (Ferguson & Beck, 1983; Podnieks, 1985; 1988).

- Exhibits signs of destructive and aggressive behaviors (ie. threats, insults, harassment) that have a definite element of danger and possible violence (Podnieks, 1985; 1988; Rathbone-McCuan & Voyles, 1982).

- Provides a contradictory medical history and/or attributes the injury to a third party (Ferguson & Beck, 1983).

- Postpones seeking medical attention for the alleged victim (Podnieks, 1985; 1988; Quinn & Tomita, 1986; Ross, 1985). As Quinn & Tomita suggest,

> The assumption cannot be made that all caregivers mean well. Failure to seek help in a timely manner may be the result of the caregiver's desire not to spend money on medical care, of ignorance, or of a need to minimize the severity of the client's problem until they no longer can be ignored (1986: 117).

As far as the environmental indicators of physical abuse are concerned, those who have access to the living quarters of the suspected victim should be on the watch for any signs of the

elder's physical confinement (ie. being tied to a bed, chair or toilet, or being locked in a room for extended periods of time). According to Rathbone-McCuan & Voyles (1982), such confinement can become particularly obvious if practitioners observe any of the following:

- Unusual markings on a bed or other household piece of furniture.

- Padlocks on doors within the home -- particularly in the person's bedroom -- which may be indicative of the elder's restricted mobility.

3.2 Psychological Abuse

The recently completed nationwide survey of elder abuse indicates that about 14 per 1,000 elderly persons in private dwellings or 34,000 aged Canadians suffer from what the authors term "chronic verbal aggression" - that is, they have been insulted, sworn at or threatened 10 times or more within the past year. (Podnieks & Pillemer, 1989). However, the incidence and prevalence of psychological abuse in all its manifestations has yet to be empirically determined within this country.

What makes this form of mistreatment particularly difficult to identify is that victims generally lack physical scars (providing they are not also victims of physical violence, that is). Still substantial evidence can be ascertained by noting comments made by the older person and by observing the behaviors of the elder and alleged abuser, alike. Service providers should, thus, be attuned to the following:

- Signs that the alleged abuser treats the elder as a non-person or child (Podnieks, 1985; 1988; Senior Citizen's Secretariat, 1988). That is, are there indications that the elder has been subjected to threats of abandonment, institutionalization, physical abuse and/or the withdrawal of love (ie. "If you don't obey me, I'll lock you up in

your room"); to infantization (ie. "Now be a good boy and eat all of your dinner"); or to humiliation (ie. "You've wet your bed again! Taking care of you is like caring for a baby")?

- Shouting and scolding behavior on the part of the caregiver that reflects hostile feelings toward the elder (Fulmer, 1984; Podnieks, 1988).

- An absence of warm, positive, supportive human contact and the emotional or physical alienation of the elder (Kinderknecht, 1986).

- Evidence of withdrawal, apathy, shame, confusion, depressed symptoms and/or passive or combative behavior in the elder -- what may be natural responses to the taunting, intimidation, humiliation, or insults inflicted by the caregiver (Kinderknecht, 1986).

- Evidence of unsureness or helplessness on the part of the older person which may derive from an imposed loss of self-determination -- that is, a lack of opportunity to formulate decisions on matters of personal concern (Podnieks, 1985; Senior Citizen's Secretariat, 1988).

- Signs that the elder is uncomfortable when in presence of the caregiving relative. As with physical abuse, victims of psychological abuse may manifest symptoms of fear and anxiety (Rathbone-McCuan & Voyles, 1982; Sengstock et al., 1986; Senior Citizen's Secretariat, 1988). In relation to this, Sengstock and her colleagues advise practitioners to take particular note of the following: "Does the elder look away from the alleged abuser or other persons?"..."Are all questions answered with short yes/no

type answers?"..."Is the body turned away from others?", and "Does the elder withdraw from social contact?" (1986: 47).

Possible environmental indicators of psychosocial abuse include:

- Signs of imposed isolation or the withholding of companionship or love (Podnieks, 1985; Senior Citizen's Secretariat, 1988). The alleged abuser may very well be assuming a controlling role in relation to the elder's contacts outside the home. That is, he/she may intentionally exclude the aged relative from family gatherings or not permit him/her to have friends or visitors or to attend church functions. Physical restraints such as locks on doors, as well as an absence of telephones, radio or television, may be visible signs of this form of mistreatment.

3.3 Financial Abuse

According to Podnieks & Pillemer's 1989 survey of elder mistreatment within Canada, material abuse is the most widespread form of victimization of the elderly with 1.4% of aged persons in private dwellings or about 34,000 Canadians being affected. Yet material exploitation is often very difficult for service providers to identify, since many aged persons readily provide monetary support to their children when they are in need (Senior Citizen's Secretariat, 1988). Furthermore, many elderly individuals make informal arrangements, allowing their caregiver to handle their banking and other financial matters. Nevertheless, there are significant indicators of fiscal mistreatment which may emerge subsequent to professionals' examination of the financial situation of the elder and to their observation of the activities of the alleged victim, abuser, and other relevant persons such as attorneys or bankers.

The following are possible indicators of material abuse which relate to the economic situation of the elder:

- The standard of living of the older person may not be commensurate with the person's income or assets (Podnieks, 1988; Senior Citizen's Secretariat, 1988).

- Unusual activity in bank accounts. For example, withdrawals may be being made through automatic banking machines when the elder is housebound (Podnieks, 1988).

- Overdue bills, unpaid rent, and other indicators that he/she is consistently out of money (Podnieks, 1988; Sengstock et al., 1986).

- The alleged victim lacks knowledge of the reason for an appointment with a broker or an attorney (Sengstock et al., 1986).

The following activities of the elder, caregiver, and other relevant parties should be treated with suspicion as well.

- The aged person may have recently formulated or revised a legal document such as a will or deed (ie. making a "new friend" the beneficiary) when he/she lacked the capability of understanding the consequences of this action (Podnieks, 1985; Sengstock et al., 1986).

- The elder may be in the habit of loaning money with no indication of repayment or be signing checks made out by someone else (Sengstock et al., 1986).

- Property may have been recently sold by the elder without previous planning in relation to the sale or without a good understanding of the reason for the transaction (Senior Citizen's Secretariat, 1988).

- Pension cheques may be being cashed by the caregiver without prior authorization from his/her aging relative (Senior Citizen's Secretariat, 1988).

- Doctors, lawyers, bankers, or other professionals who work with the elder may not be returning phone calls or letters or may be declining requests to put their recommendations in writing. In these cases, it is feasible that the professional is not working for the benefit of the client, but rather for some other family member, friend, or perhaps the professional him/herself (Sengstock et al., 1986).

3.4 Neglect

Neglect emerged as the least common form of abuse in Podnieks & Pillemer's 1989 survey of elder abuse, with 0.4% of community-dwelling seniors or about 10,000 aged Canadians being affected. Yet for those who are victimized in this manner - whether it be a purposeful act or a matter of ignorance or indifference -- the effects are potentially just as harmful as other forms of maltreatment.

Just as there are physical signs of abuse, physical indicators of neglect can also be objectively gathered through social work and other profession's documentation related to the condition of the alleged victim upon each visit. Possible observations of the physical appearance of the elder that may signal neglect include the following:

- Evidence of malnutrition in an elderly person whose mental alertness enables the expression of needs but whose immobility prevents him/her from meeting these needs independently. Complex indicators of this condition in its extreme form are pallor, sunken eyes and cheeks, dry lips, excessive weight loss, and extreme dehydration (Ghent et al., 1985; Kinderknecht, 1986; Podnieks, 1985; Senior Citizen's Secretariat, 1988). Notably, unless the victim has reached a severe state such as this, it is very difficult to detect (Eastman, 1984). It is possible, however. One useful indicator that Eastman (1984) alludes to is where the caregiver is also self-neglecting herself/himself.

- Evidence of overall poor personal hygiene (Fulmer, 1984; Podnieks, 1985; Sengstock et al., 1986; Senior Citizen's Secretariat, 1988). Chronic or recurrent decubiti (bed sores); dark and concentrated urine; chronic, recurrent urinary tract infections; signs of infrequent bathing; and an unkempt appearance (ie. uncut hair, decayed teeth or overgrown toenails) may all reflect an inadequate level of care. It

should be noted, however, that standards of grooming are arbitrary -- what might be acceptable to a family might not be acceptable to the observer.

- Failure of a treatable medical problem to improve or the continued presence of pain might indicate the inadequate or inappropriate administration of medication, or the willful failure or delay in seeking medical attention (Fuller, 1984; Podnieks, 1988; Senior Citizen's Secretariat, 1988).

- Shivering, a blue tinge to the skin, and lowered body temperature (indicators of hypothermia) may be attributed to inappropriate dress or inadequate heating in the home (Senior Citizen's Secretariat, 1988).

- Constant fatigue, listlessness, and/or mental impairment in the absence of an organic deficit (Fulmer, 1984). It is possible that this may be indicative of the unavailability of satisfactory care, since nutrition, hydration and medication all impact directly upon mental functioning.

- Unexplained muscle contractures, immobility and weakness might be attributed to the unjustified use of physical constraints (Podnieks, 1985).

- Lack of necessary appliances such as dentures, hearing aids or eyeglasses (possibly leading to sensory deprivation) (Podnieks, 1988; Senior Citizen's Secretariat, 1988).

Certain emotional and behavioral indicators are significant to the detection of neglect as well. (The reader should note that many of following signs are the same or similar to those symptoms listed under the category of psychological abuse.)

- Symptoms of depression or anxiety in the elder (ie. an averted gaze, weight loss, lack of expression, downcast eyes, and turning away from others) (Podnieks, 1988; Sengstock et al., 1986).

- The alleged abuser does not touch, talk to or look at the older person or respond to his/her questions (Podnieks, 1988; Sengstock et al., 1986).

- The elder is left alone for extended periods of time, is rejected by the caregiver or other family members, or is abandoned (Fulmer, 1984; Podnieks, 1985; Sengstock et al., 1986).

- The aged person is observed wandering dangerously, possibly indicating a lack of supervision (Senior Citizen's Secretariat, 1988).

In addition, the environment must be evaluated in terms of its adequacy to satisfy the elder's physical and emotional needs. In examining the location and condition of the alleged victim's room and surroundings, practitioners should be attuned to the following environmental signs:

- A small, dark and cluttered room may suggest difficulty of ambulation and transfer and possible sensory deprivation (Kinderknecht, 1986).

- An absence of seating in the elder's room may indicate that the caregiver spends little, if any, time in this area (Kinderknecht, 1986).

- Cooking and housekeeping standards which may induce illness or contribute to accidents (Eastman, 1984; Kinderknecht, 1986; Senior Citizen's Secretariat, 1988). As previously mentioned, it is imperative that styles of living verses the risk to health and safety be differentiated.

- The presence of such hazards as broken windows, vermin and insect infestation, open space heaters, and an absence of operational plumbing, electricity, or adequate heating and cooling systems (Kinderknecht, 1986; Sengstock et al., 1986).

One cannot assume that the presence of significant indicators of domestic mistreatment of the elderly and the conclusion that abuse or neglect is, or is likely to be occurring, are necessarily correlated. Indeed, evidence suggests that many barriers exist that can impede the identification of abusive or neglectful situations - making it anything but a straightforward and clear-cut process.

What follows is a detailed exploration of the constraints that can surround decision-making in the case detection phase.

3.5 Barriers to Case Detection

a) Definitional Dilemmas

Just as confusion about "what is child maltreatment" prevails some 30 years after the initial onset of research in the area, there remains considerable variation and confusion in definitions of elder abuse. Researchers, professionals and laymen, alike, appear to be divided in their efforts to agree upon the nature and parameters of the problem (Bookin & Dunkle, 1985; Callahan, 1982, 1988; Eastman, 1984; Pedrick-Cornell & Gelles, 1982). In fact, a survey of physicians at Harborview Medical Centre in Seattle revealed that the group sampled failed to agree unanimously on even one element to be incorporated in the definition of abuse (Bookin & Dunkle, 1985).

Much of the difficulty in formulating a satisfactory definition of elder abuse appears to stem from the fact that abuse, like beauty, is essentially in the eyes of the beholder. In other words, personal definitions of the phenomenon are necessarily subject to the imposition of individuals' own experiences, personal and professional values, cultural images, and so on. Thus, service providers attempting to evaluate a suspected case of abuse may be confronted with a situation in which perceptions of the maltreatment by all relevant parties -- including the abused elder, his or her family, as well as other members of the inter-disciplinary team -- may vary considerably.

By way of example, Bookin (1985) describes a situation where a social worker and her supervisor failed to reach a consensus about whether a case assigned to the worker was actually one of elder abuse. Even after several lengthy discussions, the worker still refused to agree with her supervisor that the situation (a caregiver hitting her elder with a hairbrush whenever the elder became unmanageable during personal caregiving) constituted abuse. Shortly thereafter, the supervisor observed the worker physically punishing her child at the

agency's picnic. It was then that the supervisor realized that she and the social worker had been socialized to adopt very different attitudes about the appropriateness and legitimacy of violence and control in the family. Callahan (1980) provides another excellent example of how differing experiences can lead to differing definitions of abuse. He points out that a protective service worker who has spent many months battling with service agencies in court (in order to try to resolve an abusive situation) will likely screen out dozens of instances of "minor conflict" that others would define as mistreatment.

The problem of identifying abused elders appears to be compounded by the ambiguity of many of the definitions proposed and utilized by professionals. Most research articles that address the topic of abuse, for example, present some kind of extrinsic behavior typology and include examples for each category -- yet they very often do so without formulating intrinsic definitions (conceptualizations). That is to say, they begin with an illustration of the concept without first defining it (Hudson et al., 1986). Broad definitions such as these can fail to give practitioners clear-cut guidelines in their struggle to determine whether a particular behavior or outcome is of a degree which constitutes abuse. Indeed, they can leave practitioners with many unanswered but very serious questions (ie. Should physical abuse be extended to include physical violence where no injury results?; Are caregivers being neglectful toward elder's hygiene needs if they apply their own standards to them?). What this means is that much room is left for subjective interpretation of the situation on the part of helping professionals.

b) Inadequate knowledge base to guide practice

Another significant barrier to the identification of elder mistreatment appears to be the very tenuous nature of our knowledge base (Pillemer & Finkelhor, 1988; Rathbone & Voyles, 1982; and Ross, 1988). It seems that the long-time negation of the problem by professionals has largely hindered knowledge development. Indeed, there is an obvious absence of information sufficient to determine such things as the extent of elder abuse, the psychological

and physical effects of mistreatment on the "victim", and so on (Rathbone-McCuan & Voyles, 1982).

It is important to note, too, that we are just starting to discover new evidence which puts our previously held notions about the characteristics of abusive situations for the elderly in question. Podnieks and Pillemer's 1989 survey of the prevalence and circumstance of elder abuse in Canada, for example, provides evidence to suggest that our stereotypes of the phenomenon of mistreatment may be largely inaccurate. Interestingly, it was determined that in a significant majority of cases of physical violence and verbal abuse, the victim's spouse emerged as the perpetrator. This finding clearly is at odds with earlier research which by and large place the onus on children as the abuser of their parents. It follows that if service providers' image of elder mistreatment is limited to this and other stereotypes of abusive situations, many a legitimate case of abuse will go unrecognized or will be improperly diagnosed.

c) Inadequate agency resources

Barriers imposed by limitations in the resources of organizations appear to be significant as well. Evidence suggests, for example, that inadequate staffing patterns in social service agencies are very much commonplace -- both in Canada and abroad. Indeed, a social worker of a large senior citizen's multi-service facility in Calgary, Alberta states:

> There are not enough of us and we cannot devote as much time to each individual as we should. It takes time to develop a trusting relationship, verify cases, and identify viable alternatives (Canadian Council on Social Development, 1988: 5)

Still another researcher comments on the situation of home care agencies in the United States:

> The majority of (the organizations) that exist provide no social services (and) even in agencies that do offer social services, the social worker is expected to serve the entire caseload, which may involve hundreds of patients (Kinderknecht, 1986: 40).

It seems that human service agencies most likely to have in-home contacts with elderly "victims" and abusers also consistently lack clinical staff who have advanced skills appropriate to address the psychosocial complexity of the situation (Rathbone-McCuan & Voyles, 1982). That is, expertise in observing the various indicators of abuse and neglect, the behavioral dynamics between the elder and caregiver, and so on, is generally minimal at best.

A related and equally significant dilemma has to do with the fact that agencies, for the most part, lack established protocols or proceedings for dealing with suspected or reported cases of abuse or neglect. A survey of 88 community and institutional settings in Ottawa-Carleton, in fact, revealed that only about 40% of them had elder abuse identification measures to guide the practice of those who worked within these facilities (Council on Aging of Ottawa-Carleton, 1988).

It is important to point out that organizations which employ an elder abuse protocol do not necessarily ameliorate the dilemmas inherent in case detection. For as Sengstock and her colleagues' 1987 investigation of seven identification measures suggests, the techniques that are utilized are typically characterized by a number of deficits. Certainly one of the most significant of these is that some abuse types (ie. fiscal abuse) are either not delineated or are only superficially covered by the items. Some indexes also include direct observation items which demand that practitioners have very extensive knowledge of each individual case --

something that may take months to acquire if, in fact, it is possible at all. Still other indices depend, to a great extent, on the victim's willingness to report abuse and neglect and/or the subjective opinion of professionals. This latter situation is highly problematic for the inexperienced worker and could likely lead to inconsistent judgements by different observers.

d) Differential access to abuse

According to some researchers, practitioners may find case detection to be problematic because the nature of their work provides them with differential access and experience with victims of various forms of abuse. Notably, investigations conducted by Richard Douglass, Tom Hickey and Catherine Noel (1980) and by the Council on Aging of Ottawa-Carleton (1988) indicate that elder abuse is well within the typical experience of workers in a variety of human service professions serving the elderly. Yet the former study also suggests that workers from some disciplines have varying degrees of exposure to different types of abuse and neglect. The implication of this is that some professionals inevitably become more adept at recognizing some indicators and forms of abuse than others. (The medical and social work professions, for example, may acquire more expertise in identifying physical abuse and financial abuse, respectively.) By concentrating on a narrower range of symptoms, practitioners from different vocations come to look for different signs of mistreatment and to disregard others (Bookin & Dunkle, 1985).

Some of the problems workers experience in identifying abuse can also be attributed to the differential access of various professions to the aged victim over the course of maltreatment. It is feasible that some service providers (ie. caseworkers or community mental health workers) are more likely to be exposed to abuse in its early stages -- at a time when symptoms are much more subtle or easily concealed. Other professionals like physicians and nurses, on the other hand, may be more likely to come into contact with victims of elder abuse after the problem has progressed and symptoms of abuse are more obvious.

e) Constraints related to the perceived nature of abuse/neglect

The relative invisibility of abused elderly people to the professional community is a fact that is well documented in the research literature (ie. Anderson, 1981; Beck &Ferguson, 1988; Bookin & Dunkle, 1985; Hudson & Johnson, 1986; Kinderknecht, 1986; Kosberg, 1988). Perhaps one of the most frequently cited explanations for this phenomenon is that abusive or neglectful actions typically occur within the confines of private dwellings and, therefore, are concealed from outside scrutiny. Unlike the circumstances of young children, there are no imperatives (such as school attendance and required health check-ups) which necessitate their leaving home and thus being seen by non-family members (Bookin & Dunkle, 1985; Kosberg, 1988). It follows that those who reside in low density neighborhoods such as those found in certain suburban and rural areas would be particularly isolated and hidden from public view.

Compounding the difficulties of case detection even further is the conspiracy of silence often confronted by practitioners. Certainly there are situations where severe illness, depression or dementia actually precludes older adults' recognition of, and reporting of, abuse (Hudson & Johnson, 1986). Yet even when elderly persons fully comprehend what is transpiring, concealment and denial of the problem is still commonplace.

This can, in part, be accounted for by the existence of privacy and intimacy norms of the family. In the words of Potter and Jameton, "The privacy of individuals, the primacy of their existing social bonds, and their responsibilities to care for themselves limits the rights of those not already involved to intervene in their affairs..." (1986: 101). Since the family is viewed to be a sacrosanct institution, outsiders who try to interfere with family life in pursuit of evidence are often not tolerated. Other factors that can contribute to denial on the part of the abused elderly include the belief that the abuse is deserved (Hudson & Johnson, 1986; Senior Citizen's Secretariat, 1988); the fear of jeopardizing their children's standing in the community

(Champlin, 1982); and the fear of retaliation, abandonment, or removal from their home by their family caregiver(s) (Anderson, 1981; Hudson & Johnson, 1986; Kinderknecht, 1986; Kosberg, 1986). It seems that some prefer the family's turmoil over the unknown evils of an unfamiliar life situation like a nursing home. Their family is still family, and their home provides a sense of security, belongingness and continuity with the family system that may very well be lacking in alternative living environments.

The ambiguous nature of abuse indicators is another significant factor that can impede the identification process (Kimsey et al., 1981; Senior Citizen's Secretariat, 1988). Apparently, signs of physical, psychological and fiscal abuse can readily be attributed to normative changes that result from old age -- making the validation of allegations of abuse much more difficult. Poor balance and the softening of tissues, blood vessels and bones that accompanies aging, for example, can lead to bruises and pathological fractures with everyday living. Emotional abuse can result in confusion and failure to thrive -- but so can dementia, delirium, drugs and chronic illness. Similarly, monitory loss can be attributed to early dementia or excessive stress on the elder or to coercion by the caregiver.

In sum, barriers to case detection may be quite substantial. However, if practitioners strongly suspect elder mistreatment in spite of these constraints -- that is, if they are able to observe physical indicators and/or gather supportive evidence from the client's behavior, environment or other information about the caregiving situation -- then their progression to the intervention stage is warranted.

It is this phase of the model that will be the focus of the next chapter.

CHAPTER 4.0 THE INTERVENTION PHASE OF THE MODEL

Developing an intervention strategy that is appropriate, effective, and cohesive is not the easy task that some literature on elder abuse would suggest (Beck & Ferguson, 1981; Phillips & Rempusheski, 1986). Indeed, decision-making in this phase is necessarily influenced by many complex factors (ie. the etiology of mistreatment; the capacity of the elder for decision-making; available intervention options; and the perceived constraints and consequences of action). And it involves what is generally a very time-consuming process of assessment, empathy, and negotiation among the parties involved -- namely, the abused and the abuser, the family, the community, as well as the participating professionals and health and social service agencies (Canadian Association of Social Work Administrators in Health Facilities, 1985; Lau, 1986; Potter & Jameton, 1986; Tomita & Quinn, 1986).

As Eastman points out (1984), any intervention procedure intended to deal with abusive or neglectful situations must be seen as such and not as a "cure" that, in itself, will stop all relatives from mistreating their old. Yet it is hoped that a systematic procedure based on ethical principles and on a view of the aged as individuals, not "problems", will protect the abused; offer guidance and support to the abuser in comprehending what has gone wrong; and ensure that the client, family and agency make the best use of available resources.

If the primary goal of stopping the abuse, and the secondary goal of assuring the maintenance of the elder and caregiver's well-being are to be achieved (Block & Sinnott, 1979), then care needs to be taken in acquiring accurate and complete information. That is, a high degree of suspicion that one does not yet have the whole story and studious efforts to see the matter through the eyes of those involved is required. Moreover, intervention needs to be as appropriate and as intensive as the problems require (Eastman, 1984; Ross, 1988). In other words, the least restrictive course of action possible should be pursued.

This said, the paper will now go on to discuss in detail the key factors that necessarily influence decision-making in the intervention phase.

4.1 Variables Relevant To Etiology of Abuse/Neglect

Factors that contribute to domestic mistreatment of the elderly encompass many of the same factors correlated with family violence in general. There appears to be consensus among researchers that there is no single factor responsible for elder abuse and neglect but rather, that the causes of mistreatment are numerous, complex, and interactive. Determining the causative dynamics operating in each case is imperative if practitioners are to elect intervention strategies which are appropriate and effective in ending both the immediate threat and potential for future threats of abuse. Ascertaining whether the presence of indicators of mistreatment are due to the caregiver's lack of information and ability ("passive" abuse/neglect) as opposed to malicious abuse or willful or "active" neglect of an aged person is particularly important.

Highlighted below are the key variables that may be relevant to the etiology of elder mistreatment. (Since the causation of abusive behavior is largely interpersonal and systemic in nature, overlap in the categories outlined has been unavoidable.)

a) Relationship factors

It is clear that both the aged relative and the family caregiver enter the relationship with a history of interactions which may either facilitate or hinder attempts by the caregiver to satisfy caregiver requirements. In cases where the abuser is the elder's offspring, the historical parenting skills the now-aged mother/father exercised toward the now-grown caregiver need to be given important consideration. For evidence suggests that adults who were victims of parental abuse or neglect as children are far more likely to subject their own parents to

mistreatment later on (Kinderknecht, 1986; Langley, 1981; Rathbone-McCuan, 1980; Senior Citizen's Secretariat, 1988). In fact, Steinmetz (1978) suggests that one in 400 children who are reared nonviolently eventually will abuse their parents, compared to one half of the children who grow up in a violent family situation. It may very well be that caregiver aggression towards a one-time abusive parent serves the purpose of retaliation or revenge (Langley, 1981). Yet it is likely that childhood socialization is a contributing factor as well. Indeed, violence appears to be very much a normative behavioral pattern which is learned within the context of the family. In other words, children learn from observation and participation in their family of origin that violence is an acceptable response to stress of any kind (Giordano & Giordano, 1984).

Living within the same dwelling can also apparently resurrect old, unresolved conflicts between parents and children -- particularly when the responsibility of caring for an elder is unwanted and sudden in onset (Kimsey et al., 1981; Langley, 1981; Senior Citizen's Secretariat, 1988). Unsettled issues related to a child's battle for independence (ie. in lifestyle, values or religious practices), for example, can easily come to a head and eventually erupt into violence.

In situations involving spousal abuse or neglect, key areas for consideration appear to include not only the caregiver's experiences, but also the perceived nature and gratification derived from the marital relationship. According to Kinderknecht (1986), it is not at all uncommon to elicit a history involving the caregiver's marital discontent, with specific mention made to unresolved conflicts (ie. longstanding substance abuse problems; wife or child battering; isolated or frequent instances of marital infidelity; or failure to adequately provide for the economic needs of the family).

Research literature suggests that the disorganization and deterioration of pre-existing roles and relationships with the aged person can be another significant source of stress to a spouse or adult child who serves as a caregiver (Kinderknecht, 1986). A spousal caregiver for the very physically and/or mentally debilitated has, for all intense purposes, lost the partnership their marriage implied. Many of these marriages span almost, or more than, half a century during which time roles, expectations and interdependencies have become determinate ways of life. Reactions of lamentation, indignation and disgust by the mistreating spouse to the partner's present status are, thus, commonplace. In fact, some caregivers have been known to refer to their severely impaired spouse in the past tense -- as though they were already deceased.

In addition, role reversal can apparently induce stress in grown children who serve as caregivers -- particularly when the aging parent has been perceived to be rejecting, unloving and uncaring in the past (Beck & Ferguson, 1988; Kinderknecht, 1986). At the same time that the elder is casting his/her offspring into parental roles -- expecting them to supply needs, guard status, formulate decisions, and so on -- he/she may hesitate to relinquish authority over the adult child. The role conflicts that are magnified may eventually result in maltreatment of the elder.

b) Elder factors

The vulnerability or dependency of the "victim" is viewed by many to be a significant correlate of domestic mistreatment of the aged (Anderson, 1981; Hudson & Johnson, 1986; Steinmetz, 1983; Steur & Austin, 1980). Sustained physical or mental impairment is cited as one possible factor contributing to parental dependency -- "learned helplessness" is another. According to this latter theory, if a sense of unworthiness and hopelessness is instilled in response to various psychosocial and emotional losses incurred in "old age" (ie. illness, retirement and widowhood), one's sense of control over one's life and self-mastery may diminish and one's level of dependency may increase at the same time (Giordano & Giordano,

1984; Katz, 1980). Obviously, dependency of an elderly family member places greater demands and responsibilities on the caregiver which can induce stress and frustration in itself. If this dependency is an unexpected and unwanted burden of extended duration, it follows that their vulnerability to neglect and abuse will be even greater.

Evidence suggests that certain personality traits and behaviors can become exaggerated in later years and can provoke aggression and punishment by familial caregivers as well (Kimsey et al., 1981; Langley, 1981; Senior Citizen's Secretariat, 1988). Whether it is the effect of a physical condition such as organic brain syndrome or a natural response to other losses experienced in 'old age' (ie. status in the family, autonomy, mobility), it is known that many, although a minority of, elderly persons become regressed, demeaning, less productive and more difficult to care for over time. They may become stubborn, quarrelsome, untidy, refuse to eat or lose the higher-order psychological defense mechanisms acquired during earlier developmental phases. Even aggressive and combative behavior may be manifest (Kimsey et al., 1981). As Chen and his colleagues suggest, "demanding , needy and provocative behaviors, matched with inappropriate time demands, often provoke hostile reactions from the caretaker" (cited in Kinderknecht, 1986: 34).

It is important to note, too, that drug or alcohol addiction on the part of the abused is readily identifiable as contributing to family violence (Kosberg, 1988; Senior Citizen's Secretariat, 1988).

c) Caregiver factors

Research related to family violence in general indicates that individual characteristics and experiences of the 'perpetrator' are germane to the phenomenon of elder mistreatment. In considering the personal characteristics of the caregiver, factors heightening the potential for elder abuse and neglect would include, but are not limited to, pathological traits and alcohol or

drug dependency. That is, when faced with the added responsibilities of helping elderly persons, caregivers with a history of such problems are more likely to succumb to unreasonable and destructive behaviors (Langley, 1981; Podnieks, 1988; Senior Citizen's Secretariat, 1988). Pillemer's 1983 study of elder abuse provides evidence to suggest that mistreatment in these cases may be a response to dependency and perceived powerlessness on the part of the caregiver. With few psychological and/or financial resources serving as a basis for power in the relationship, a person may feel compelled to resort to violence -- even though such behavior is illegitimate and negatively sanctioned.

Poor health and diminishing energy on the part of spousal and adult child caregivers appear to be contributing factors to domestic mistreatment of the aged as well. With increasing life expectancy and four-generation families becoming more commonplace, more and more caregivers are themselves elderly and have some chronic impairment that increases the probability of unintentional harm toward others (eg. poor sight that can lead to medication overdoses) (Anderson, 1981; Douglass, 1983; Kinderknecht, 1986).

In the absence of, and along with, intervening personal traits contributing to elder mistreatment, it is pertinent to examine the experiences and perceptions of the abuser. For it is possible that they have internalized societal values toward the aged. That is, they too may glamorize youth and value independence and productivity and may define the elderly as "useless". Harbouring attitudes such as these can only 'fuel the fire' so to speak (Kinderknecht, 1986).

Evidence suggests that mistreatment can also stem more from a lack of understanding of the aging process and what to expect than from vindictive or malevolent intent (Kinderknecht, 1986; Senior Citizen's Secretariat, 1988). Too frequently, caregivers attribute the psychological, behavioral and physiological changes that can accompany aging and ill-health to

'meanness' or 'acting up' on the part of the elder. What is perceived by adult children to be 'stubbornness' may be a desperate attempt by their aged parents to hold on to their remaining possessions or lifestyles. Isolation and denial -- common defense mechanisms against the pain of loss -- may be seen as demonstrating an absence of feeling on the part of the elder. Similarly, feelings of helplessness and despair (again, normal reactions to loss) may be experienced as burdensome parental traits which can build resentment and foster an atmosphere conducive to abuse (Beck & Ferguson, 1988). They may also lack knowledge about available community resources which could ease the difficult situation (Langley, 1981; Senior Citizen's Secretariat, 1988).

Worth noting, too, is the fact that some caregivers who are provided with extensive and concrete information related to aging, community supports, and so on, fail to process it due to denial or an intellectual deficit on their part (Miller, 1973; cited in Kinderknecht, 1986).

The correlation between domestic violence and the caregiver's reaction to and motivation for assuming the caregiving role has been established in the research literature as well (Anderson, 1981; Hudson & Johnson, 1986; Katz, 1980). Horowitz (1978), for example, found that when resignation or obligation was the motivating force behind their assumption of the caregiving role, negative attitudes toward caregiving responsibilities were commonplace (cited in Anderson, 1981). Moreover, caregivers imparting negative attitudes were seen to place greater emphasis on the sacrifices they had made (eg. deferring the more carefree and relaxed lifestyle looked forward to following retirement), than those who assumed the role with positive attitudes (eg. to fill a void in their lives). Simply put, when caregiving responsibilities are unwanted and are viewed as confining or causing sacrifices for the caregiver, feelings of anger and resentment may ensue. Kosberg (1980), in fact, contends that "no one is immune to the possibility of being an abuser, given a major discrepancy between the needs of the family caregiver and those of the elderly family member "(cited in Hooyman et al., 1982: 11). What

may have once been a mutually supportive and happy relationship can, and often does, degenerate into one that is tense and antagonistic.

d) Situational or environmental factors

Studies to date indicate that situational stress is an important (although insufficient) predictor of domestic mistreatment of the elderly (Hudson & Johnson, 1986; Giordano & Giordano, 1984; Langley, 1981; Sengstock et al., 1984). Most caregiving relatives appear to do their best to help. They do not 'dump' or 'force' their aged parent into an institution. Instead, guilt might keep them trying when common sense tells them to exercise this option (Goldstein & Blank, 1982). Yet some caregivers -- as well-intentioned as they may be -- seem to be unable to adapt to, and cope with, the highly stressful conditions that beset them (ie. personal illness, marital conflict, unemployment, and so on). Familial abuse of the elderly in these cases is not premeditated for the most part but, rather, is crisis-precipitated.

It seems that the middle-aged daughter or daughter-in-law upon whom the caregiving load tends to fall is very often immersed in multiple roles that demand large quantities of energy and time. The stresses associated with their roles as mother, wife and employee may already take their toll on their strength and endurance. Extending care to a frail elderly parent may increase the psychic stress of working women and mothers even further (Anderson, 1981; Cohen, 1982; Goldstein & Blank, 1982; Langley, 1981; Senior Citizen's Secretariat, 1988).

Integrating an elderly dependent relative into a nuclear family may be fraught with difficulties. Living conditions may be crowded; the family 'routine' may be disrupted and conflict may arise in relation to household procedures, freedoms and discipline; and other complications of multiple responsibilities toward dependent children and elderly family members may emerge (Block & Sinnott, 1979; Hickey & Douglass, 1981; Hudson & Johnson, 1986; Langley, 1981; Lau & Kosberg, 1979; Rathbone-McCuan, 1980).

Care of the aged may create a problem of resource distribution as well (Anderson, 1981; Hickey & Douglass, 1981; Langley, 1981). Very often, families need to provide monetary support to home maintenance, health care, and other needs of their elderly members, thus causing a downward adjustment in living standards. If the extensive care needs of the elder necessitate the termination of the caregiver's employment in the workplace, the disposable income of the family is reduced even further. As Anderson (1981) and Steinmetz (1978) suggest, the stress resulting from the feeling that she (the caregiver) must be responsible for caring for her family of orientation and the feeling that she needs to supplement the income of the family of procreation may, in itself, induce a crisis situation.

The physical and emotional demands related to the elder's care needs can also contribute to domestic mistreatment (Block & Sinnott, 1979; Lau &Kosberg, 1979; Langley, 1981; Rathbone-McCuan, 1980). Research into the effects of caregiving suggests that the caregiver generally suffers inordinately from a lack of sleep, lack of time for self, and serious restrictions in social activities (Cohen, 1982). Indeed, the situation is very often one where a single caregiver puts her life on hold, spending all day, every day, as the sole companion of a person who may require constant attention. What can, and often does, ensue is a mentally and physically exhausted caregiver who both consciously and unconsciously strikes back with aggression and benign neglect.

Unfortunately, family or community service supports which could ease the aforementioned physical, emotional and financial burdens (ie. day care and respite care) are very often not available to in-home caregivers (Hudson & Johnson, 1986; Langley, 1981; Lau & Kosberg, 1979; Rathbone-McCuan, 1980). In essence, societal problems such as the care of aging parents has been placed on the backs of families. That is, there appears to be an expectation in society that caregivers will stoically assume this role with little, if any, support.

The fact that existing community resources are generally less available to older persons being cared for by family than isolated elders residing alone in the community attests to this. In addition, the trend toward smaller and geographically fragmented families necessarily limits the familial support that available caregivers can draw on (Katz, 1980). As Suzanne Steinmetz suggests (1980),

> The bottom line is that if you increase the stress on family members without adding supports to help them cope with it, you increase the likelihood of violence ... a person and a family can handle only so much (cited in Langley, 1981: 14).

In short, mistreatment may very well be a rejection of a long-standing mentally and physically exhausting situation from which there is no break, rather than a rejection or abomination of the abused elder.

4.2 Mental Competency of Elder

It is crucial that practitioners assess the mental competency of elders (that is, their capacity for active, coherent decision-making) in addition to assessing the likelihood that they have been abused. For unless it can be shown by clear and convincing evidence that older adults lack the cognitive or affective capacity to consent, or that they are a danger to society, they are ethically and legally entitled to self-determination (Matlaw & Mayer, 1986; Ross, 1988). In other words, they have the right to freedom from coercion and interference, as well as the liberty to act as they desire (Abramson, 1985). If the doctrine of respect for autonomy of competent adults is to be upheld by helping professionals (as it should be), then the wishes

of the client regarding intervention should be the most dominant consideration in determining courses of care. The following admonition is worth consideration:

> Let those who want the state to do all things for the aged pursue their goal as they see fit. But for every hour they spend planning 'services' for the aged, let them spend two guaranteeing them the right not to receive but to reject these benefits (Katz, 1980: 721-22).

People who have the capacity to consent also have the capacity to refuse and such refusal cannot be a motivating factor for questioning the person's capacity in the first place.

On the other hand, when clients lack the intellectual or emotional competence to make decisions appropriate to their own needs, respect for autonomy is meaningless. It is then that the government -- by virtue of its role as sovereign parens patriae -- asserts its authority and duty to provide care and protection to such persons (Bolton & Bolton, 1987; Katz, 1980). Once incompetency has been determined through either provincial mental health or incompetency legislation, older persons are stripped of their rights and independence, and authority over decisions necessarily moves into the hands of other parties -- health care providers, family members, guardians, and so on.

Once competence or incompetence has been established, it can be said that clients essentially fit into one of four categories (Eastman, 1984: 72):

1. The mentally advantaged client who is not only fully aware of being abused or neglected but offers full cooperation with treatment programmes.

2. The mentally advantaged client who, though aware of being at risk of abuse, refuses any offers of help and indeed, may even deny that her relative or caregiver has been abusive.

3. The mentally disadvantaged client who, though she may be "aware" of being ill-treated, is unable to understand or appreciate the degree of risk and subsequently the meaning or implications of any intervention. The people in this category are often referred to as the elderly mentally infirm.

4. The client who could fall into any of the above 3 categories but who is in imminent danger of death or physical harm.

Decision outcomes in the intervention stage will be necessarily influenced, to a great extent, by the category in which the alleged victim falls.

4.3 Intervention Options

When individualizing treatment plans, professionals who encounter cases of elder mistreatment have many potential avenues of intervention available to them. Although the list of possible strategies that follows is not comprehensive by any means, it does provide a framework for the kinds of diverse responses that may be required to deal with the problem.

A. Social Service Interventions

It is likely that the primary considerations or decisions related to intervention in an elder abuse case are of the social service type (as opposed to the legal type, for example). Included

in this category are indirect interventions as well as direct interventions with mistreated elders and their families.

1. Indirect Intervention

Indirect interventions consisting of documentation, reporting, and/or referral to another agency or profession for follow-up may be one, if not the only, available course of action -- particularly if the abused or neglected elder resists the proposed changes or if self-protection on the part of the practitioner is a priority (Hooyman et al., 1982; Quinn & Tomita, 1986).

2. Direct Intervention to Mistreated Elder

When aged victims admit to their need for help -- and when repeated contacts with the clients are possible -- direct intervention strategies of the following nature may be feasible.

a) Therapeutic plan

By means of home or office visits with the abused elderly, trust may be gained; assistance may be provided in the realms of decision-making, ventilation and problem resolution; and their reality may be tested (Hooyman et al., 1982; Hudson, 1988). That is, information and advice may be provided which will combat excessive fantasies, magical thinking, regressive behavior, and other maladaptive coping patterns such as somatization and withdrawal from reality. Assisting elders to deal with the disorganization and deterioration of past roles and relationships, and providing them with meaningful diversional activities (so as to augment their self-esteem and feelings of worth within the family unit) may be of therapeutic value as well (Kinderknecht, 1986).

b) Educational plan/empowerment training

Abused or neglected elders who are alert and without significant intellectual deficit may benefit from advice and instructions which might potentially serve to lessen their risk of mistreatment. In some cases, empowerment training which facilitates the acquirement or strengthening of a positive self-image can be extremely advantageous to elderly clients. While assertiveness training can teach victims to say no to unreasonable demands and to stand on their ground in times of adversity, self-defense classes can help them to overcome fear. Moreover, providing instruction in techniques of self-care can have the effect of increasing the functional capacity and level of independency of aged persons (Hooyman et al., 1982; Kinderknecht, 1986; Quinn & Tomita, 1986).

Preparing clients for the possibility of future abusive and/or neglectful episodes by means of anticipatory guidance and role rehearsal, and providing extensive information regarding such things as the social and legal rights of aged persons and the implications of continuing abusive behavior are other intervention options that may be exercised (Canadian Association of Social Work Administrators in Health Facilities, 1985; Quinn & Tomita, 1986).

c) Environmental change

In a small percentage of the cases, the restructuring of the environment of elderly persons may be required (Quinn & Tomita, 1986). That is, practitioners may need to encourage and assist clients in the pursuit of alternative living arrangements such as adult foster homes, boarding homes, and homes for the aged or nursing homes. When the temporary relocation of abused elders is deemed necessary, safehouses and emergency shelters also may be utilized (providing they are available) (Hooyman et al., 1982; Kinderknecht, 1986; Quinn & Tomita, 1986).

Notably, arranging for home improvements and facilitating increased contacts for aged persons outside their homes are other environmental changes that may be worthwhile (Quinn & Tomita, 1986).

d) Advocacy/Resource Linkage

Since most or many of the cases involving aged mistreatment involve the 'victim' electing to remain in the abusive situation, the provision of services to an intact but stressed family is very often required. Advocacy and resource linkage in these situations may involve assisting elders to obtain concrete services such as Meals on Wheels, Home Care services, and adult day care. Linking them with 'gatekeepers' and natural helpers (ie. friends, neighbors and volunteers) may be an important use of the practitioner's self as well (Hooyman et al., 1982; Quinn & Tomita, 1986).

3. Direct Intervention to Family

As previously mentioned, elder mistreatment (like other types of intrafamilial violence) represents a symptom of a problem which affects not only the abused individual, but the entire family system. Consequently, the likelihood of ameliorating the abusive/neglectful situation increases if the needs of family members (as well as of the abused) are addressed. Listed below are some of the possible courses of action that may be beneficial to caregiving relatives.

a) Therapeutic Plan

Repeated home visits or appointments may be utilized to evaluate the functional capabilities of caregivers; clarify role expectations; provide reality testing; and/or assist families in their communication, decision-making, and problem solving. An equally significant objective of counselling may be the resolution of guilt associated with wanting a life of their own; with not wanting the burden of 'parenting a parent'; with placing a parent, spouse or sibling under institutional care; and so on (Quinn & Tomita, 1986; Steuer & Austin, 1980).

Notably, relative 'self-help' groups (where available) can potentially play an invaluable role in encouraging the ventilation of feelings associated with the caregiving role, the sharing of guilt, and mutual support from those who are facing similar problems (Eastman, 1984; Hooyman et al., 1982). Indeed, as Eastman suggests, they "may do more towards the restoration where family breakdown has occurred than, say, an inexperienced social worker, as the process of healing can only be achieved with gentleness" (1984: 76).

Kinderknecht (1986) indicates that those practitioners who hope to be successful in their efforts to help ameliorate the situation should have, as one of their goals, the remediation of the caregiver's specific physical or cognitive limitations. The forgetful caregiver, for example, may be facilitated in their role by the formulation of a simple schedule of care tasks. Where the relative is illiterate, a pictorial schedule may be of benefit. In the same way, the frail or functionally limited caregiver may be helped through the procurement of assistive and adaptive devices such as the hydraulic lift and grab bars.

b) Educational Plan

Whether through individual contacts or through community-wide information meetings and small informal discussion groups, information can be disseminated that can be of great value to those who assume the caregiving role. Pertinent topics may include the physical and psychological aspects of the aging process and chronic illness; management of behavioral problems in elders; techniques of communication and decision making; available community resources; and so on (Kinderknecht, 1986).

c) Resource Linkage

Strengthening the resources and supports of a stressed caregiver may help to relieve the caregiver's burden and, in so doing, lessen the potential for mistreatment as well. With the

help of professionals, needed respite may sometimes be arranged through a family's informal support system (ie. enlisting other family members, friends or church groups). At other times, formal interventions may be required such as the provision of home care services, adult day care and formal respite care. Furthermore, assisting the family to procure financial resources to which they are entitled can serve to alleviate economic stress which may contribute to the mistreatment of its elderly members (Kinderknecht, 1986).

B. Legal Interventions

Although social service interventions tend to predominate, consultations with the civil or criminal courts is an option that may need to be exercised in some cases (Block & Sinnott, 1979; Hooyman et al., 1986; Senior Citizen's Secretariat, 1988). Civil courts, for example, may be asked to rule on the competency/incompetency of an elder or to issue a restraining order to protect the victim from further harassment from the abuser. Criminal proceedings against the perpetrator, on the other hand, may be instituted by the victim or the police in cases of sexual assault, physical violence, fraud, or the misappropriation of funds. For as Callahan (1988) suggests, adult children or other caregivers, barring incompetence, are as accountable for their actions as any other person. Acquittal, mandatory counselling, and/or punishment are possible outcomes of the criminal court process (Block & Sinnott, 1979).

C. Community/Societal Interventions

Mezzo and/or macro level interventions are, in many cases, extremely worthwhile. For the purposes of prevention, for example, practitioners may work to strengthen the community's natural helping efforts through the provision of information, consultation (eg.advice, support and reassurance), and/or skills training. At the same time, isolated persons may be linked with informal helpers (eg. neighbors, friends and extended family) and referrals to formal services may be facilitated (Canadian Association of Social Work Administrators in Health Facilities, 1985; Hooyman et al., 1982). Other community and societal interventions

are visualized in terms of networking; educating professionals, politicians, local communities, and society at large about elder mistreatment and the needs of older persons; and training 'gatekeepers' (that is, people who are in visible positions and often sought out for help such as postal carriers, ministers and pharmacists) to watch for symptoms of abuse and neglect. Another important activity that may be engaged in is lobbying for improved legislation and expanded community-based social services in order to help meet the needs of the increasing aged population and their families; allow for the follow-up of cases; and put in place effective preventative measures (ie. counselling services and support networks) (Champlin, 1982; Douglass, 1983; Quinn & Tomita, 1986).

4.4 Perceived Constraints

Certainly the ideal type of intervention is one that is determined by the client's needs. But in reality, intervention decisions are necessarily modified by numerous factors that inhibit action and limit available intervention options.

The theme of powerlessness on the part of service providers is one that emerges quite frequently in the research literature. Phillips & Rempusheski's 1986 study of decision-making, for example, found that the outlook of the social workers and nurses sampled for quick, easy or effective resolutions of "bad" or "abusive" situations was uniformly dismal. Indeed, little hope was reported for changing the caregiving situation or for protecting the abused elder. Bookin & Dunkle (1985) indicate that some workers, as the result of feelings of powerlessness and inadequacy, tend to lower their expectations and set less ambitious treatment goals for cases of elder abuse -- particularly those cases involving long-standing abusive patterns in the family. Whether this is the case or not, it is inevitable that such feelings, as well as their underlying causes, will influence the intervention decisions that are made.

Discussed below are some of the factors that may invoke feelings of powerlessness in the worker.

a) Constraints related to the abused elderly and their families

A major dilemma for professional caregivers of the elderly is the refusal or ambivalence of abuse victims and their families to consent to intervention or services which will help ameliorate the abusive situation (Champlin, 1982; Eastman, 1984; Lau & Kosberg, 1979; Ross, 1988). The Chronic Illness Center's investigation of 39 mistreated elderly persons, for example, revealed that in ten cases (or 26% of the total), offers of assistance or resources were rejected (Lau & Kosberg, 1979). In some of these cases, family members blocked efforts of staff of various community agencies to contact the elderly person or otherwise provide assistance to them. In one instance, legal action was threatened against the Chronic Illness Center. Frequently, denial by aged victims and their relative(s) precluded professional intervention. Still in other cases the problem was acknowledged, yet both the abused and the abuser took the stance that the problem and its solution would remain a family affair. Finally, in only 11 cases (or 28% of the total), professional intervention was offered and accepted without protest.

Notably, the possible underlying reasons for the reluctance to accept services appear to be the same as those offered to explain the denial of abuse that practitioners are so often confronted with: fear of caregiver reprisal; guilt; love for the caregiver and a desire to protect him/her from the possible consequences (ie. criminal action); fear about potential future changes and possible institutionalization; and so on (Ross, 1988).

b) Legal constraints

It almost goes without saying that practitioners who strive to protect and intervene on behalf of elderly who are alone, afraid, weak or vulnerable have to do so within the confines of the prevailing legal system. Unfortunately, although interest and concern for elderly victims or potential victims of abuse and neglect have increased in Canada in recent years, the development of appropriate legislation is still, very much, at a formative stage.

Those professionals who work within the provinces of Newfoundland, Nova Scotia and New Brunswick are required by law to adhere to the adult protective legislation that is in force there (Canadian Council on Social Development, 1988; Moore & Thompson, 1987; Purdy, 1988). The 1973 Neglected Adults Welfare Act of Newfoundland allows authorities in that province to remove a "neglected adult"* from the home and commit that person to the care and custody of the Director of Neglected Adults. Nova Scotia's 1985 Adult Protection Act is, likewise, modelled on the concept of child protection legislation. It provides for mandatory reporting of cases of elder abuse to the Minister of Social Services, who then must investigate the allegations and provide services as required. New Brunswick's Child and Family Services and Family Relations Act (1980) also gives authority to the Department of Social Services to investigate allegations of neglect or abuse of the elderly, although cases of mistreatment are not required to be reported. Even neglected or abused persons who are mentally competent lack the right to refuse an investigation of their plight, a medical examination, and an order for supervision, management of their property, or placement in an institution. Laws such as these clearly facilitate professionals in their struggle to gain access to, and protect, mentally competent and incompetent older adults who are abused or neglected. Yet the ethics behind investigating or interfering with the rights of competent victims who, for whatever reason, refuse assistance is questionable.

*A "Neglected Adult" is a person who is incapable of caring properly for him/herself and is refusing or unable to make provision for proper care (Purdy, 1988:48).

Those service providers who work in the remaining provinces, on the other hand, are very likely "hamstrung" due to a lack of, or limited, authority to gain access to and intervene in suspected cases of elder mistreatment (Rathbone-McCuan, 1980; Podnieks, 1985; Sharpe, 1988). Although numerous statutes offer practitioners power of access to various kinds of problematic situations, none has as its objective the provision of protection and assistance to endangered or abused adults -- whether they be incompetent or otherwise. Furthermore, the "all-or-nothing" nature of the legal mechanisms that are currently in place often makes them inappropriate and repressive means for assisting elderly persons who are capable of making decisions but who, for various reasons, cannot carry out their wishes unassisted (Schallman, 1983). The following examples of relevant legislative policies of Ontario should help to illustrate this point.

Ontario's Mental Health Act is a particularly significant piece of legislation that provides for the psychiatric assessment of an individual who has threatened or attempted to cause bodily harm to him/herself, or who has demonstrated a lack of competence in caring for him/herself (Health &Welfare Canada, 1987; Podnieks, 1988; Sharpe, 1988). Although not the intention of the Act, it can be utilized to gain entry to a dwelling where the alleged mistreatment is occurring. Yet the use of this procedure as set out in the Mental Health legislation is, in many cases, a drastic and inappropriate response to the problems of mentally impaired victims of abuse or neglect. First of all, the route can sometimes lead to unnecessary or inappropriate admissions to long term care institutions. In addition, persons may be judged incompetent and, thus, deprived of important rights on the basis of very limited information without due process and often without the right to appeal (Health & Welfare Canada, 1987).

An alternate route, which is expensive and cumbersome, is through provincial mental incompetency legislation. The Mental Incompetency Act provides for guardianship of the person and the estate of a person deemed "mentally incompetent" during court proceedings. In effect, the loss of rights is often both complete and permanent, since winning them back generally demands that court action be initiated by the individual in question (Health & Welfare Canada, 1987). Notably, this statute fails to address the immediate issue of abuse of the mentally incompetent person. Moreover, it is probable that some individuals in the above category are not necessarily in need of a guardian. For once the cycle of abuse has been interrupted, the victim may resume functional decision-making on his/her own.

Another important legal mechanism that bears mentioning is the Health Protection and Promotion Act. Again, this Act does not contain any provision that allows for intervention on behalf of the mistreated elder (Sharpe, 1988). Where there is reason to believe that a health hazard exists in a dwelling, the Act simply gives a medical officer of health (or his/her delegate) authority to enter the home and subsequently, to order the cleaning of the premises (Podnieks, 1988).

The criminal justice system is clearly very limited in its ability to offer protection to mistreated adults as well. Certainly, where evidence of abuse (such as the presence of bruising or broken bones) is forthcoming, police have the authority to investigate. And they can do so independently of any formal complaint or evidence from the victim. Yet if prosecution is to proceed, sufficient information must be available to charge a specific person with the offense. In some cases involving abuse of an elder, there may be evidence of a crime. However, it may not be possible to acquire and prove beyond a reasonable doubt, the identity of the perpetrator

(Sharpe, 1988). Proving that an aged person's injury was not purely accidental, may be equally difficult. As Champlain suggests,

> The injuries are not the burnings or scaldings or severe abrasions that you see in child abuse. Generally, it's slapping the older person, shoving or pushing, shaking him... You don't have to do anything really serious to injure an elderly person. Sometimes a good shake will break a bone. So who is to say whether a bruise was accidental or intentional? (1982 : 116)

In short, although the abused elder may face considerable risk, there may be no legally provable case of assault that could fit within the Criminal Code. Furthermore, although the prosecution of criminal offenses is important, its target is clearly the offender. Protection for the victim and assistance in ameliorating the problem are issues that are often overlooked.

In view of these aforementioned limitations in current legislature, social services and health personnel have apparently found it imperative to utilize voluntary measures to their limit (Sharpe, 1988). The collaborative efforts of various helping professionals has clearly resulted in effective assistance to victims of mistreatment in some cases. From time to time, direct service workers have reportedly gained entry to the premises under the authority of the Ontario Society for the Prevention of Cruelty to Animal Act where an animal, as well as a human being, was in distress. Where an alleged victim of abuse has been the recipient of family benefits, some service providers have gained access to the home for the purpose of a home visit and, in doing so, have found evidence to substantiate abuse. Others have deemed it necessary to intervene without authority in order to protect an abused elder -- and they have done so in spite of the legal risk to themselves. Still in other cases, situations of suspected abuse have continued, since no legal means of intervention have been perceived to be available (Sharpe, 1988).

c) Inadequate community supports

Numerous writers (ie. Eastman, 1984, Sengstock et al., 1984) have suggested that the least restrictive alternative to care is a basic principle that should govern any intervention in cases of old age abuse. That is, services offered should be as appropriate and as intensive as the problems require. Certainly this is the ideal. Yet the fact remains that the resolution of target problems through the "least restrictive" means often necessitates the availability of a wide range of community supports and human resources for victims, abusers and their families -- services which are largely nonexistent or inadequate in many communities (Bookin & Dunkle, 1985; Champlin, 1982; Council on Aging of Ottawa-Carleton, 1988; Crystal, 1987; Hooyman et al., 1982; Katz, 1980; Langley, 1981; and Rathbone-McCuan et al., 1983).

The experiences of front-line workers, for example, indicate that interventions like counselling and support services for caregivers' relief and support can, in many cases, ameliorate abusive situations. Yet as Donovan Redknap, President of the Alzheimer's Society of Ottawa-Carleton, points out, the potential for relieving caregiver burden is largely limited by the lack of continuity in homemakers; the limited amount of home care available; and the prohibitive costs of alternatives like private nursing (Council on Aging of Ottawa-Carleton, 1988). At the same time, while the temporary (or permanent) removal of the abused elder from his/her home is sometimes called for, an absence of appropriate facilities and services very often precludes this. Not only is there generally an inadequate supply of respite beds, but affordable housing which offers the custodial care and assistance that elders may require is lacking in many communities as well. Furthermore, emergency shelters such as those for battered women or the homeless are few and far between and are usually ill equipped to handle those who are non-ambulatory and/or frail. Foster care for the elderly is even more rare (Council on Aging of Ottawa-Carleton, 1988; Langley, 1981).

An example from the files of an urban general hospital illustrates the dilemma that can be confronted when attempting to deal with an elderly patient.

> Mrs. v., 66, who had suffered a stroke 11 years earlier, was hospitalized as a result of a beating by her son, an unemployed professional whose own mental health problems were compounded by alcohol abuse. Although her bruises healed within a few days, she was kept in hospital much longer than usual because "safe" houses for victims of violence could not accommodate her wheelchair or manage her health care needs (Westberg, 1987: 108).

It is important to note, too, that the services that are available are generally fragmented in various agencies and are difficult to pull together, even for health and social service personnel (Langley, 1981; Pratt et al., 1983; Rathbone-McCuan et al., 1983). It follows that if necessary supports cannot be mobilized and easily coordinated, many a case of elder abuse will go unresolved. Notably, practitioners may need to assume tasks related to closing the gaps between clients' needs and services and programs related to the prevention and treatment of elder mistreatment.

d) Inadequate agency resources

According to the research literature, protection of the dependent elderly who are being abused is often impeded by inadequate staffing patterns within human service organizations as well (Kinderknecht, 1986; Rathbone-McCuan, 1980). Building a trusting relationship with the abused elder and his/her family, case planning, referral to other agencies, service facilitation, and follow-up can be time-consuming processes, indeed. Yet taking these steps is often required if the response to an instance of elder mistreatment is to be an appropriate, effective, and cohesive one. Unfortunately, characteristically large caseloads and limited hours in a day can lead practitioners to necessarily modify the intervention strategies chosen -- possibly to the detriment of both the abused and the abuser.

Social workers and other helping professional have also highlighted their dilemma and frustration in intervening in problems of family-related elder victimization because of lack of agency framework (Callahan, 1982; Council on Aging of Ottawa-Carleton, 1988; Eastman, 1984; Hooyman et al., 1982). Without written protocols and procedures specific to elder abuse being available to guide practitioners, many are left not knowing how or when to intervene. Consequently, intervention is frequently characterized by a "hodgepodge" of responses based on individual sensitivity and conflicting client priorities or else it is nonexistent (Eastman, 1984).

4.5 Perceived Consequences

The potential outcomes of various actions definitely need to be considered when formulating intervention decisions, for the risks of utilitarian losses for practitioners as well as elders can be substantial.

a). Consequences for workers

It seems that professionals who choose to act in cases of suspected mistreatment may place themselves in a considerable degree of jeopardy -- particularly since less than 4% of aged victims ever complain or admit to any abuse (Bristowe & Collins, 1989; Sengstock & Barrett, 1981; Shell, 1982). Fears of litigation against the professional or agency should they misidentify a case of abuse are very real -- as are fears of personal embarrassment (ie. creating "much to do about nothing") and personal regrets related to negative outcomes of intervention for the elder. Indeed, the decisions made by health care providers in Phillips & Rempusheski's 1985 study were very much influenced by perceived risks related to failure, social disapproval, professional "loss of face", and/or self-disapproval.

b) Consequences for the elder

Regardless of the intervention strategy chosen, an important ethical question that needs to be addressed is whether or not it will enhance the quality of life of the individual -- that is, whether the positive aspects of the provision of services outweigh the negative. Overwhelming elderly clients and/or their families with home support services, check-up visits or ultimately institutional care may reflect society's anxiety to "protect" its aged members. Yet services like these which are under the guise of "protection" may actually be punitive in that they deprive the individual of dignity, autonomy, and self-esteem. Retaliation by the caregiver is possible as well (Eastman, 1984). Social workers and nurses who participated in Phillips and Rempusheski's study (1985) were certainly very conscious of the potential utilitarian losses for the elder. Indeed, decisions made were complicated by risks of making the situation worse; eroding the client's rights to self-determination; and removing the elder from an environment that was loving and satisfying, despite the occurrence of mistreatment.

Eastman (1984) suggests, for example, that the provision of home care can, and often does, serve to increase the elder's level of dependency if given without sufficient thought to its ramifications. As a means of illustration, a daughter may have assumed the role of "house-keeper" for a mother whose reliance on her is a manipulative response to gaining more attention. Or the daughter may feel that service providers -- by relieving her of this role -- have forced her into a situation of powerlessness, thereby contributing to the stress of family interaction.

Older persons may be little or no better off after such drastic measures as guardianship or institutionalization as well. Numerous authors have alluded to the fact that determinations of incompetence are generally based on statements of mental incapacity rather than evidence of functional disability (ie. Bolton & Bolton, 1987; Potter & Jameton, 1986). Yet in many cases, an elderly person is not functioning in somewhat isolated areas (ie. paying bills or giving

requisitions for home repairs). Rendering such an individual incapable of performing any act of legal consequence is analogous to forcing a person who ambulates safely with a cane to use a wheelchair (Potter & Jameton, 1986). Ultimately, guardianship proceedings may lead to an elder's loss of autonomy and freedom and, perhaps, to more oppression than the neglect or abuse that brought the client to the agency's attention in the first place.

Equally important is the fact that many aged persons find living in an environment of abuse and neglect to be infinitely preferable to institutional placement -- an alternative that is considered by many to be a "sort of confession of final surrender, or a halfway stop on the path to death" (Anderson, 1981: 8). To a certain extent, this may be so. For evidence suggests that the decline in the ability of the elderly to manipulate and control the environment as a result of institutionalization can contribute to feelings of helplessness, withdrawal, depression and, sometimes, premature death (Bolton & Bolton, 1987; Katz, 1980; Lau & Kosberg, 1979). Similarly, a loss of familiar territory can have the effect of robbing individuals' sense of security and identity and upsetting their psychological homeostasis (Anderson, 1981).

The following quotation is cited in order to illustrate the adverse changes that can ensue subsequent to an individual's admittance to an institution such as a nursing home.

> The patient is admitted, bathed, redressed and within 24 hours may be hardly recognizable as the same person as the dirty, tattered old woman crouched at home by the fire. On the other hand, the old woman crouched by the fire had a good deal to say for herself, showed both individuality and determination and could be self-assertive. In (the) hospital the same old women may appear bewildered, restless ... and seem unable to express any need other than, perhaps, the desire to get home (Baker, 1976; cited in Anderson, 1981: 7).

Moving from one's home, whether voluntarily or involuntarily, can also deprive a person of most of his/her previous positive interactions (as well as the abuse) and can remove memories as well. Notably, an older person who lives in the past is especially at risk when placed in a new environment, since his/her fantasy world is annihilated along with the adjustment that went with it (Anderson, 1981).

Having taken into consideration the five aforementioned factors, decisions as to the most appropriate course(s) of action can be made.

CHAPTER 5.0 SUMMARY AND RECOMMENDATIONS

Domestic mistreatment of the elderly -- whether it takes the form of physical, psychological and/or fiscal abuse or neglect -- is a pathetic symptom of the profoundly disturbing interactions that occur between some aged persons and their familial caregivers. It is also, judging from the limited available evidence, an increasingly common problem of considerable seriousness and complexity. Already, at least 4% of our nation's elderly are potentially affected by this most hideous crime (Podnieks & Pillemer, 1989) -- and it threatens to become an even greater problem in the current demographic, sociocultural and economic context.

Since awareness of this long-standing phenomenon has only come about since the latter part of the 1970's, research into abuse and neglect of the aged is still very much in its infancy. Certainly major strides have been made in the last ten years in the field of gerontological research related to elder mistreatment. Indeed, a greater understanding of its nature, extent and etiology has been facilitated -- as has our knowledge of the various clinical indicators, methods of case detection and intervention, and ethical, social and political complexities intrinsic to work of this kind. Yet prior to this research, the required practice decisions and multiple factors that may/should influence the decision-making process had not yet been delineated in a clear, orderly and holistic fashion. It was, thus, felt that even 'well-informed' practitioners (particularly those working within Canada) were largely unsupported and undirected in their struggle to effectively identify and intervene in abusive/neglectful situations.

As a means of closing this significant gap in research literature, the present author extrapolated from some 90 articles that address mistreatment of the aged (with an emphasis on

Canadian content) in order to develop and present a decision-making model based on selected philosophical and ethical principles. Paramount of these are the rights of clients:

- to be assessed individually so as to determine their best interests;
- to be protected from abuse;
- to participate freely in a lifestyle of their choice;
- to participate in decision-making regarding their well-being and safety to the extent that they are able; and
- to be offered the least restrictive or intrusive alternative to care.

Through this organizational medium, key decisions inherent in the case detection and intervention phases are highlighted; the major categories and sub-categories that can/should be taken into consideration during decision-making are delineated; and guidelines that can potentially facilitate this process are provided. It is the intent of the author that this paradigm serve as a useful and efficient orientation and training document for inexperienced workers and as a reference guide for all workers making high-risk decisions related to the victimization of the elderly.

One social worker who has considerable experience in this field has described the model as being an easily understandable and relevant tool that can potentially be quite helpful to practitioners in their struggle to detect and intervene in cases of abuse. Unfortunately, time and financial constraints have rendered any large-scale testing of this model impossible at this time. Yet if the relevance of this model is to be firmly established, then systematic research needs to be undertaken in the future which gathers subjective feedback from a larger sample of helping professionals who work with the aged. In determining the paradigm's validity, for example, practitioners might be asked to apply it to one or two actual or suspected cases of abuse and/or neglect with which they are familiar.

There is also a real need to develop the components of the model further through research (based on larger population samples representing several cultural groups), investigation, and the systematic collection of data. Gaining a better understanding of elder mistreatment (ie. its antecedents, causes and consequences), as well as the outcomes of social and legal interventions (ie. what works for whom and under what conditions), is a prerequisite for more effective and efficient prevention, identification and treatment. Although extensive research into this touchy and disconcerting area may be obstructed by a lack of funding or social or legal constraints, it is essential that professionals overcome these barriers to provide the empirical data necessary to guide their clinical practice.

Increased dialogue between professionals of various disciplines concerning their own current experience with abuse of older adults is encouraged as well. "What kinds of problems are they currently having? What successes and failures are they having? What assistance and resistance are they seeing from the agencies with which they are working?" (Potter & Jameton, 1986: 121) Not only should this further the study of elder abuse significantly, but it should also provide a source of support for practitioners and a means by which they can increase their overall effectiveness in dealing with various issues. In this sense, forums on elder abuse such as that held by the Council on Aging of Ottawa-Carleton in April of 1988 are certainly a step in the right direction.

The last word is left to Schlesinger (1984: 59),

> We must be aware of the crime of elderly abuse, and we must begin to initiate programs and attitudes to prevent it. We support rape-crisis centres, we fight to help the battered wife, and we speak out against child abuse in all forms. We fight for quality of life. Why are we silent when our mothers and grandmothers struggle alone and in silence in their battle for survival, for growing old in an atmosphere of dignity and understanding? We must provide the strength for those who no longer have much strength. We must hear the silent cries, and our voices must help them speak. We too will grow old, and we too want to live in a world of mutual respect, love, and care, not increased elderly abuse, not a world of 'granny-bashing'.

6.0 BIBLIOGRAPHY

Abramson, Marcia. "The Autonomy - Paternalism Dilemma in Social Work Practice", Social Casework. Vol.66, #7, 3567-394, September 1985.

Anderson, Cheryl L. "Abuse and Neglect Among the Elderly", Journal of Gerontological Nursing. Vol. 7, #2, 77-85, February 1981.

Baumann, A. & Bourbonnais, F. "Nursing Decision Making in Critical Care Care Areas", Journal of Advance Nursing. Vol. 7, 435-446, 1982

Beck, Cornelia, M. & Ferguson, Doris. "Aged Abuse", Journal of Gerontological Nursing. Vol. 7, #6, June 1981.

Belanger, Lise. " Intervention Strategy for Helping Abused Elderly Persons", Proceedings of the Forum on Elder Abuse. Council on Aging of Ottawa-Carleton, 34-40, April 1988.

Block, Marilyn R. & Sinnott, Jan D. The Battered Elder Syndrome: An Exploratory Study. Centre on Aging, University of Maryland, College Park, Maryland, 1979.

Bolton, Frank G. & Bolton, Susan R. Working with Violent Families: A Guide for Clinical and Legal Practitioners. California: Sage Publications, 1987.

Bookin, Deborah & Dunkle, Ruth E. "Elder Abuse: Issues for the Practitioner", Social Casework. Vol. 6, #1, January 1985.

Bristowe, Elizabeth & Collins, John B. "Family Mediated Abuse of Noninstitutionalized Frail Elderly Men and Women Living in British Columbia", Journal of Elder Abuse and Neglect. Vol.1, #1, 1989

Callahan, James J. "Elder Abuse Programming: Will it Help the Elderly?" The Urban and Social Change Review. Vol. 15, #2, Summer 1982.

Callahan, James J. "Elder Abuse: Some Questions for Policymakers", Gerontologist. Vol. 28, #4, 1988.

Canadian Association of Social Work Administrators in Health Facilities. Domestic Violence Protocol Manual: For Social Workers in Health Facilities. Ottawa: Department of Health and Welfare, 1985.

Canadian Council on Social Development. "Understanding the Dimensions of Elder Abuse", Vis-a-Vis: A National Newsletter on Family Violence. Vol.6, #3, Fall 1988

Champlin, Leslie. "The Battered Elderly", Geriatrics. Vol. 37, #7, July 1982.

Chen, Pei N.; Bell, Sharon L.; Dolinsky, Debra L., Doyle, John; & Dunn, Moira. "Elderly Abuse in Domestic Settings: A Pilot Study", Journal of Gerontological Social Work. Vol. 4, #1, Fall 1981.

Cicirelli, Victor G. "The Helping Relationship and Family Neglect in Later Life". In Karl A. Pillemer & Rosalie S. Wolf (eds.) Elder Abuse: Conflict in the Family. Massachusetts: Auburn House Publishing Co., 1986.

Cohen, Leah. Violence Agianst Older Women: An International Survey. Ottawa: Canadian Advisory Council on the Status of Women, 1982.

Council on Aging of Ottawa-Carleton. Elder Abuse: Report of a Survey Conducted by the Ad Hoc Committee on Elder Abuse of the Council on Aging of Ottawa-Carleton, February 1987.

Council on Aging of Ottawa-Carleton. Enhancing Awareness of Elder Abuse: Three Education Models. March 1988.

Council on Aging of Ottawa Carleton. Proceedings on the Forum on Elder Abuse. April 1988.

Crystal, Stephen. "Elder Abuse: The Latest Crisis", Public Interest. Vol. 88, 56-66, Summer 1987.

Dileonardo, Joan W. "Decision Making in Protective Services", Child Welfare. Vol. 59, 356-364, 1980.

Douglass, Richard L. "Domestic Neglect and Abuse of the Elderly: Implications for Research and Service", Family Relations. Vol, 32, 395-402, 1983.

Douglass, Richard & Hickey, Tom. A Study of Maltreatment of the Elderly and Other Vulnerable Adults. Ann Arbor: University of Michigan, Institute of Gerontology, 1980.

Eastman, Mervyn. Old Age Abuse. England: Age Concern, 1984.

Edwards, Chris & Ciavaglia, Don. Practitioners' Perception of Elder Abuse in Ottawa-Carleton Region. Independent Enquiry Project, Carleton School of Social Work, 1985.

Falcioni, D. "Assessing the Abused Elderly", Journal of Gerontological Nursing. Vol. 8, 208-212, 1982.

Ferguson, Doris & Beck, Cornelia. "H.A.L.F. - A Tool to Assess Elder Abuse Within the Family", Geriatric Nursing. Sept/Oct. 1983.

Fulmer, Terry "Elder Abuse Assessment Tool", Dimensions of Critical Care Nursing. Vol. 3 #4, July - August 1984.

Ghent, William R.; Da Sylva, Normand P.; Farren, Margo E. "Family Violence: Guidelines for Recognition and Management", Canadian Medical Association Journal. Vol. 132, March 1985.

Giordano, Nan Hervig & Giordano, Jeffrey A. "Elder Abuse: A Review of the Literature", Social Work. Vol. 29 #3, May/June 1984.

Girard, Paul. Elder Abuse and Its Impact on Hospital Social Work. Halifax, Nova Scotia: Victoria General Hospital, July 1985.

Goldstein, Stanley E. & Blank, Arthur. "The Elderly: Abused or Abusers?" Canadian Medical Association Journal. Vol. 127, #6, September 1982.

Hamilton, Gail P. "Prevent Elder Abuse Using a Family Systems Approach", Journal of Gerontological Nursing. Vol. 15, #3, March 1989.

Health and Welfare Canada. Abuse and Neglect of the Elderly. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada, 1989.

Health and Welfare Canada. Canadian Initiatives Relative to the Prevention of Elder Abuse. Ottawa: Family Violence Prevention Division, 1987.

Health and Welfare Canada, Working Group on Legal Issues, Committee on Guidelines for Comprehensive Services to Elderly Person with Psychiatric Disorders. "Legal issues in the Care of Mentally Impaired Elderly Persons: Competence, Surrogate Management, and Protection of Rights. Canada's Mental Health, June 1987.

Hickey, Tom & Douglass, Richard L. "Neglect and Abuse of Older Family Members: Professionals' Prespectives and Case Experiences", Gerontologist. Vol. 21, #2, 1981.

Hooyman, Nancy R.; Rathbone-McCuan, Eloise; & Klingbeil, Karil. "Serving the Vulnerable Elderly: The Detection, Intervention and Prevention of Familial Abuse", The Urban and Social Change Review. Vol. 15, #2, 1982.

Hudson, Margaret F. "Elder Mistreatment: Current Research", in Karl A. Pillemer & Rosalie S. Wolf (eds.), Elder Abuse: Conflict in the Family. Massachusetts: Auburn House Publishing Co., 1986.

Hudson, Margaret F. & Johnson, Tanya F. "Elder Neglect and Abuse: A Review of the Literature", in C. Eisdorfer (ed.), Annual Review of Gerontology and Geriatrics. New York: Springers, Vol. 6, 81-134, 1986.

Janis, I.L. & Mann, L. Decision Making. New York: The Free Press, 1977.

Johnson, Tanya. "Critical Issues in the Definitions of Elder Mistreatment", in Karl A. Pillemer & Rosalie S. Wolf (eds.), Elder Abuse: Conflict in the Family. Massachusetts: Auburn House Publishing Co., 1986.

Katz, Katheryn D. "Elder Abuse", Journal of Family Law. Vol. 18, #4, 1979/80.

Kimsey, Larry R.; Tarbox, Arthur R.; & Biragg, David T. "Abuse of the Elderly - The Hidden Agenda", Journal of American Geriatrics Society. Vol. 29, #10, 1981.

Kinderknecht, Cheryl H. "In-Home Social Work with Abused or Neglected Elderly: An Experimental Guide to Assessment and Treatment", Journal of Gerontological Social Work. Vol. 9, #3, Spring 1986.

Kosberg, Jordon I. Abuse and Maltreatment of the Elderly. Boston: John Wright, PSG Inc., 1983.

Kosberg, Jordon I. "Preventing Elder Abuse: Identification of High Risk Factors Prior to Placement Decisions", Gerontologist. Vol. 28, #1, 1988.

Langley, Ann "Abuse of the Elderly", Human Services Monograph Series. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, September 1981.

Lau, Elizabeth E. "Inpatient Geropsychiatry in the Network of Elder Abuse Services", Convergence in Aging. Vol. 3, 1986.

Lau, Elizabeth E. & Kosberg, Jorden I. " Abuse of the Elderly by Informal Caregivers", Aging. #299-300, September - October 1979.

Ledbetter-Hancock, Betsy. Social Work with Older People. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall Inc., 1987.

Matlaw, Jane R. & Mayer, Jane B. "Elder Abuse: Ethical and Practical Dilemmas for Social Work", Health and Social Work. Vol. 11, #2, Spring 1986.

Moore, Terence & Thompson, Victor. Elder Abuse: A Review of Research, Programmes and Policy", The Social Worker. Vol. 55, #3, Fall 1987.

O'Malley, T.; Everitt, D.; O'Malley, H.; & Champion, E. "Identifying and Preventing Family-Mediated Abuse and Neglect of Elderly Persons", Annals of Internal Medicine. Vol. 98, 998-1005, June 1983.

Pedrick-Cornell, Claire & Gelles, Richard J. "Elder Abuse: the Status of Current Knowledge", Family Relations. Vol. 31, 457-65, 1982.

Phillips, Linda R. & Rempusheski, Veronica F. "A Decision-Making Model for Diagnosing and Intervening in Elder Abuse and Neglect", Nursing Research. Vol. 34, #3, May/June 1985.

Phillips, Linda R. & Rempusheski, Veronica F. "Making Decisions about Elder Abuse", Social Casework. Vol. 67, #3, March 1986.

Pillemer, Karl & Finkelhor, David. "The Prevalence of Elder Abuse: A Random Sample Survey", Gerontologist. Vol. 28, #1, 1988.

Pillemer, Karl. "The Dangers of Dependency: New Findings in Domestic Violence Against the Elderly", Social Problems. Vol. 33, #2, December 1985.

Pillemer, Karl A. & Wolf, Rosalie S. Elder Abuse: Conflict in the Family. Massachusetts: Auburn House Publishing Co., 1986.

Pine, Barbara A. "Strategies for More Ethical Decision Making in Child Welfare Practice", Child Welfare. Vol. LXVI, #4, July - August 1987.

Podnieks, Elizabeth. "Abuse of the Elderly: When Caregivers Cease to Care", Perspectives. Winter 1985.

Podnieks, Elizabeth. "Mr. Nobody": User's Guide", Part One in a Series The Elderly at Risk. National Film Board of Canada, 1987.

Podnieks, Elizabeth. "Elder Abuse: It's Time We Did Something About it", The Canadian Nurse. Vol. 81, #11, December 1985.

Podnieks, Elizabeth & Pillemer, Karl. National Survey on Abuse of the Elderly in Canada: Preliminary Findings. Toronto: Ryerson Polytechnical Institute, October 1989.

Potter, Jane F. & Jameton, Andrew. "Respecting the Choices of Elders: Autonomy or Abuse", Convergence in Aging. Vol. 3, 1986.

Pratt, Clara C.; Koval, James & Lloyd, Sally. "Service Workers' Responses to Abuse of the Elderly", Social Casework. Vol. 64, #3, March 1983.

Purdy, Sheil. "Elder Abuse - The Hidden Crime", Proceedings of the Forum on Elder Abuse. Council on Aging of Ottawa-Carleton, Ottawa, April 1988.

Rathbone-McCuan, Eloise. "Case Detection of Abused Elderly Parents", American Journal of Psychiatry. Vol. 139, #2, February 1982.

Rathbone-McCuan, Eloise. "Elderly Victims of Family Violence and Neglect", Social Casework. Vol. 61, #5, May 1980.

Rathbone-McCuan, Eloise; Travis, Ann & Voyles, Barbara. "Family Intervention: The Task-Centered Approach", in Jordon I. Kosberg (eds.), Abuse and Maltreatment of the Elderly: Causes and Interventions. Boston: John Wright, 1983.

Roe, P.F. "Self Neglect", Age and Ageing. Vol. 6, 192, 1977.

Ross, Margaret M. "Elder Abuse: Implications for Professional Practice", Proceedings of the Forum on Elder Abuse. Council on Aging of Ottawa-Carleton, Ottawa, April 1988.

Ross, Margaret; Ross, Penny A.; & Ross-Carson, Mary. "Abuse of the Elderly", Canadian Nurse. 37-39, 1985.

Schallman, Rose Mary. Aging, Victimization, Abuse: Facilitator's Manual, First Edition. Health and Welfare Canada, Spring 1983.

Schlesinger, Benjamin & Schlesinger, Rachel. Abuse of the Elderly: Issues and Annotated Bibliography. Toronto: University of Toronto Press, 1988.

Schlesinger, Rachel. "Granny-Bashing: An Introduction to the Problem", Canadian Women Studies. Vol. 5, #3, Spring 1984.

Sengstock, Mary C.; Barrett, Sara; & Graham, Robert. "Abused Elders: Victims of Villains or of Circumstances", Journal of Gerontological Social Work. Vol. 8, #1/2, 1984.

Sengstock, Mary C. & Hwalek, Melanie. "A Review and Analysis of Measures for the Identification of Elder Abuse", Journal of Gerontological Social Work. Vol. 10, #3/4, 1987.

Shell, Donna J. Protection of the Elderly: A Study of Elder Abuse. Winnipeg, Manitoba: Manitoba Council on Aging, 1982.

Stein, Theodore J. Rzepnicki, Tina. Decision Making at Child Welfare Intake: A Handbook for Practitioners. New York: Child Welfare League of America, 1983.

Steinmetz, Suzanne K. "Elder Abuse", Aging. 6-10, February 1981.

Steinmetz, Suzanne K. "Battered Parents", Society. Vol. 15, #15, July/August 1978.

Steuer, Joanne & Austin, Elizabeth. "Family Abuse of the Elderly", Journal of the American Geriatrics Society. Vol. 28, #8, August 1980.

Tomita, Susan K. "Detection and Treatment of Elderly abuse and Neglect: A Protocol for Health Care Professionals", Physical and Occupational Therapy in Geriatrics. Vol. 2, #2, 37-51, Winter 1982.

Valentine, Deborah & Cash, Tim. "A Definitional Discussion of Elder Mistreatment", Journal of Gerontological Social Work. Vol. 9, #3, Spring 1986.

Westberg, Shelagh. "An Aging Population: Implications for Social Workers in Acute Hospitals", The Social Worker. Vol. 55, #3, Fall 1987.

MODÈLE DÉCISIONNEL AUX FINS D'ÉVALUATION ET D'INTERVENTION DANS LES CAS DE VIOLENCE ET DE NÉGLIGENCE ENVERS LES PERSONNES ÂGÉES

Avril 1990

par Lori Kartes, B.Sc.A., M.Serv.Soc.

COUNCIL ON AGING OF OTTAWA-CARLETON
CONSEIL SUR LE VIEILLISSEMENT D'OTTAWA-CARLETON
256 King Edward, Ottawa, Ontario K1N 7M1 · (613) 232-3577

MODÈLE DÉCISIONNEL AUX FINS D'ÉVALUATION ET D'INTERVENTION DANS LES CAS DE VIOLENCE ET DE NÉGLIGENCE ENVERS LES PERSONNES ÂGÉES

Avril 1990

par Lori Kartes, B.Sc.A., M.Serv.Soc.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé i

Préface ii

Remerciements iii

1.0 Introduction et prémisses de l'étude 1

2.0 Un modèle décisionnel 6

2.1 Le concept 6

2.2 Le modèle et ses composantes 9

2.3 Hypothèses sous-jacentes au modèle 16

3.0 La phase de dépistage 19

3.1 Violence physique 21

3.2 Violence psychologique 27

3.3 Exploitation matérielle 29

3.4 Négligence 31

3.5 Barrières au dépistage 35

4.0 La phase de l'intervention 43

4.1 Variables pertinentes à l'étiologie de la violence et de la négligence 44

4.2 Aptitudes mentales de la personne âgée 53

4.3 Types d'intervention 55

4.4 Contraintes perçues 61

4.5 Conséquences perçues 70

5.0 Sommaire et recommandations 74

6.0 Bibliographie 78

RÉSUMÉ

Des dilemmes, multiples et complexes, surgissent souvent lorsque le personnel des professions d'aide sont confrontés au problème de la violence et de la négligence envers les personnes âgées. Les documents de recherche existants contiennent cependant certaines lacunes en ce qu'ils suggèrent que même les fournisseurs de services « bien informés » -- particulièrement au Canada -- reçoivent des directives et un appui limités dans leurs efforts pour relever les défis inhérents à leur travail auprès des personnes âgées victimes, actuelles ou éventuelles, de mauvais traitements. Non seulement les décisions que doivent prendre les professionnels dans le cadre des techniques de dépistage de ce problème et des stratégies d'intervention n'ont pas été clairement définies, mais les multiples facteurs qui peuvent ou pourraient influer sur la prise de décisions n'ont pas été classés ni traités de façon méthodique et holistique. Les pages qui suivent décrivent un modèle décisionnel, soit une solution possible, basé sur la documentation existante concernant les mauvais traitements infligés aux personnes âgées (emphase sur la situation au Canada) et sur des concepts philosophiques et des principes éthiques déterminés.

PRÉFACE

Le Conseil sur le Vieillissement d'Ottawa-Carleton, à titre d'organisme ayant reçu le mandat de coordonner et de planifier des services qui répondent aux besoins des personnes âgées, s'intéresse depuis longtemps à la question de la violence envers ce groupe de la population et a mis sur pied un comité qui, depuis les quatre dernières années, examine la nature du problème et les solutions possibles. Le Conseil est donc particulièrement heureux de parrainer la publication du Modèle décisionnel aux fins d'évaluation et d'intervention dans les cas de violence et de négligence envers les personnes âgées. Le présent document se veut un outil pratique pour ceux et celles qui cherchent à identifier et à résoudre ce sérieux problème. Nous remercions le **Centre national d'information sur la violence dans la famille** et la **Division de la prévention de la violence familiale** à qui nous devons la publication de ce document.

Margaret Wade Labarge
Présidente, Conseil sur le Vieillissement

REMERCIEMENTS

D'abord et avant tout, je veux remercier mon mari, Rob, et mes parents, Jim et Meryl Marshall, d'avoir cru en moi et de m'avoir tant appuyée et encouragée tout au long de mon travail.

Je désire également remercier les personnes suivantes : Roland Lecomte, directeur du School of Social Work de l'université Carleton, pour ses conseils relativement à mon projet; mon amie Corey Colbourne, pour l'aide qu'elle a apportée à la préparation de la copie finale de ce rapport; les membres de la Social Workers Association in Gerontology (S.W.A.G.) et du département de travail social de l'hôpital Queensway Carleton pour m'avoir donné la force qu'il fallait pour chercher à publier les résultats de mon travail; le Conseil sur le Vieillissement pour avoir accepté volontiers d'en parrainer la publication; et le Centre national d'information sur la violence dans la famille de Santé et Bien-être social Canada pour avoir contribué au financement et à la distribution du rapport.

Les points de vue exprimés dans ces pages sont ceux de l'auteure et ne reflètent pas nécessairement la position officielle du gouvernement du Canada ou de tout autre organisation.

CHAPITRE 1.0 INTRODUCTION ET PRÉMISSES DE L'ÉTUDE

La famille a toujours, au courant de l'histoire, été perçue comme étant une institution sacrée prenant soin des gens qui la composent -- un havre d'amour, de sécurité et de protection inviolé. Cependant, des preuves cumulées au fil des trois dernières décennies contredisent nettement cette notion. Les années 60 nous firent prendre conscience d'une chose bouleversante : les mauvais traitements infligés aux enfants par les parents faisaient bel et bien partie de la réalité. Durant les années 70, la découverte de la violence faite aux femmes souleva considérablement d'intérêt parmi le public et le monde scientifique. Les années 80 et 90 détournent notre attention sur une troisième et horrible facette de la violence familiale, celle envers les personnes âgées. Les chercheurs, les responsables de l'élaboration des politiques à tous les paliers du gouvernement et les professionnels reconnaissent de plus en plus la vulnérabilité des personnes âgées face aux mauvais traitements, à la négligence et à l'exploitation au sein même de leur famille, et ils consacrent beaucoup d'énergie à faire la lumière sur ce phénomène.

Les mauvais traitements infligés aux personnes âgés, tout comme la violence familiale en général, n'est pas un problème nouveau dans notre société -- les travailleurs sociaux en savent quelque chose. Toutefois, il semble que les professionnels et le grand public aient choisi pendant longtemps de fermer les yeux sur la situation. Comme Rathbone-McCuan suggère :

> Il a fallu aux cliniciens beaucoup de temps pour accepter l'existence de la violence faite aux enfants et aux femmes. Leur préoccupation actuelle reflète des valeurs les amenant à croire qu'il est inacceptable de battre une femme et horrible de battre un enfant, mais que personne ne bat un parent âgé (1982, p. 189). [Traduction]

Comme on parle de plus en plus des rôles positifs de la famille et de l'aide qu'elle apporte à ses membres âgés, il n'est pas rare que la dénonciation de la violence à leur égard suscite des réactions d'étonnement et d'incrédulité. Cependant, le déni des parties concernées ne change rien à cette véritable tragédie sociale.

L'ampleur de la souffrance seule mérite qu'on se penche sérieusement sur la question. Un récent sondage mené à travers le Canada auprès de 2 000 personnes âgées, choisies au hasard et habitant des logements privés, révèle qu'au moins 4 p. 100 de ce groupe de la population est victime de mauvais traitements (Podnieks et Pillemer, 1989). Comme 2 457 000 personnes âgées au Canada habitent dans des ménages privés (recensement de 1986), il est possible qu'environ 98 000 d'entre elles aient subi récemment de mauvais traitements, sous une forme quelconque. Les tendances démographiques, socio-culturelles et économiques actuelles suggèrent notamment que le problème atteindra des proportions beaucoup plus grandes au cours des prochaines années. En fait, si les prévisions sont exactes, d'ici l'an 2001, 3,8 millions d'hommes et de femmes âgées formeront environ 14 p. 100 de l'ensemble de la population canadienne, et 425 000 d'entre eux auront 85 ans et plus. Ce groupe – composé d'un nombre proportionnellement plus grand de femmes – représentera presque le double de notre population actuelle dite « très très âgée » et sera on ne peut plus vulnérable aux mauvais traitements sous toutes leurs formes (Santé et Bien-être social Canada, 1987). En même temps, le nombre de personnes au sein des familles pouvant prendre soin des personnes âgées continuera de s'éroder en raison du nombre croissant de femmes sur le marché du travail et du taux de natalité en baisse. Résultat : une structure pyramidale inversée, c'est-à-dire de moins en moins de « jeunes » gens à qui il incombera de prendre soin d'une population vieillissante toujours plus nombreuse.

L'argument nous contraignant le plus à examiner sérieusement la question de la violence envers les personnes âgées découle moins de l'ampleur du problème (bien qu'il soit sans aucun doute suffisamment important) que des principes moraux largement partagés par la société canadienne. Les citoyens âgées, comme le reste de la population, ont le droit de vivre dans des milieux

où ils se sentent en sécurité et respectés. Pour cette raison, il est impératif de préparer les travailleurs sociaux et ceux qui pratiquent d'autres professions d'aide à répondre aux besoins particuliers des personnes âgées victimes de mauvais traitements et de leur famille.

La violence envers les personnes âgées n'étant pas une question concise, concrète et claire comme de l'eau de roche, elle représente un véritable défi pour les fournisseurs de services qui doivent évaluer les cas de mauvais traitements, actuels et éventuels, puis intervenir. Non seulement le problème touche des principes moraux aux plans professionnel et personnel, mais il crée souvent des dilemmes uniques au niveau pratique, qui peuvent être compliqués davantage par le cadre et les limites des systèmes juridique, financier et politiques actuels. Au cours des dix dernières années, des progrès importants ont été faits dans le domaine de la recherche, progrès qui ont sans aucun doute facilité la vie des professionnels de la santé s'efforçant de prévenir les mauvais traitements et de protéger les personnes âgées. Des auteurs tels que Giordano et Giordano (1984), Hudson et Johnson (1986), Langley (1981), Pedrick-Cornell et Gelles (1982) ont passé en revue les documents publiés sur la violence envers les personnes âgées afin de déterminer ce que l'on sait exactement de l'étendue, des modes et des causes des mauvais traitements infligés, de l'identification et des stratégies d'intervention. D'autres se sont efforcés de renseigner les cliniciens et d'augmenter les chances qu'on a d'intervenir rapidement en présentant les indicateurs cliniques de la violence faite aux personnes âgées. Les méthodes de dépistage qui ont été proposées s'inspirent principalement de suppositions théoriques et de rapports anecdotiques et vont de protocoles officiels (Association canadienne des administrateurs des services sociaux en milieu de santé, 1987; Falcioni, 1982; Tomita, 1982) à des lignes directrices visant à améliorer les aptitudes des professionnels de la santé dans le domaine (O'Malley et al., 1983; Rathbone-McCuan, 1982). D'autres auteurs ont quand même souligner quelques-unes des complexités éthiques, sociales et politiques du dépistage et de l'intervention (Bookin et Dunkle, 1985, Champlin, 1982; Matlaw et Mayer, 1986; Rathbone-McCuan, 1980; et Ross, 1988).

Néanmoins, les documents de recherche existant à l'heure actuelle présentent certaines lacunes en ce qu'ils semblent suggérer que même le professionnel de la santé « bien informé » reçoit des directives et un appui limités dans les efforts qu'il/elle fait pour procéder à des évaluations efficaces et intervenir dans des situations où on se préoccupe du bien-être physique, émotif ou matériel d'un adulte. Non seulement les décisions que doivent prendre les professionnels dans le cadre de leur travail auprès des personnes âgées victimes de mauvais traitements et de leur famille n'ont pas encore été clairement définies et délimitées, mais les multiples conflits et dilemmes qui peuvent survenir lorsqu'on est confronté à ce genre de problème n'ont pas encore été clarifiés ni abordés de façon organisée, systématique et holistique. Comme les connaissances dans le domaine reflètent essentiellement le contexte américain, il est probable, semble-t-il, que le personnel des professions d'aide au Canada aient dû se fier dans une plus grande mesure à leur bon jugement plutôt qu'aux résultats d'enquêtes scientifiques dans leur travail auprès de personnes âgées victimes de mauvais traitements (comme les systèmes juridique, financier et politique sont incompatibles et que toutes analogies avec la situation au Canada ne sont pas nécessairement appropriées).

Dans le présent document, on décrit un modèle décisionnel pour apporter une solution possible aux lacunes contenues dans la recherche sur la violence envers les personnes âgées et dont on a déjà parlé. En s'inspirant de la documentation existante, le modèle suggéré tente de clarifier et de définir systématiquement : 1) les décisions que l'on peut devoir prendre aux étapes de dépistage et d'intervention; 2) les facteurs qui peuvent ou pourraient influer sur la prise de décisions; 3) les lignes directrices facilitant l'identification et le processus d'intervention. Le contenu du présent document a été adapté autant que possible à la situation que l'on vit, ici, au Canada. Bien que le modèle est loin de constituer un paradigme pour résoudre la gamme de problèmes inhérents à l'interaction entre les personnes âgées victimes de mauvais traitements et leur famille et les systèmes de services sociaux et de soins de santé, il offre cependant la possibilité de prendre des décisions plus éclairées et d'exercer un meilleur jugement en examinant cas par cas. On espère du moins que ce modèle servira d'outil de formation et

d'orientation pour les nouveaux travailleurs des services de soins, de manuel de référence pour les travailleurs aguerris et de directives claires pour tous les travailleurs devant prendre des décisions impliquant des risques élevés.

Le reste du présent document est divisé en quatre principales sections ou chapitres.

Le chapitre 2 porte sur la base conceptuelle du modèle décisionnel qui est proposé. On y examine l'origine, les fondations et la nature de celui-ci en plus d'en schématiser les composantes.

Le chapitre 3 est consacré à la première étape du modèle, soit le dépistage. On explique de façon détaillée les divers aspects dont les professionnels de la santé doivent tenir compte pour déterminer la présence ou l'absence de mauvais traitements de même que les facteurs pouvant influer sur la prise de décisions.

Le chapitre 4 concerne l'étape d'intervention (ou étape B) du modèle. On discute des divers facteurs dont on peut alors tenir compte.

Au dernier chapitre, on tire des conclusions et on fait des recommandations sur les pratiques professionnelles et les futurs projets de recherche.

CHAPITRE 2.0 UN MODÈLE DÉCISIONNEL

2.1 Le concept

L'examen du Social Work Research and Abstracts (1965 - avril 1989) révèle peu sur la prise de décisions dans les cas de violence envers les personnes âgées ou sur tout autre phénomène social dont pourrait s'inspirer l'élaboration du présent modèle. Barbara Pine, dans un article publié en 1987 intitulé « Strategies for More Ethical Decision Making in Child Welfare Practice », présente un modèle décisionnel qui incorpore des concepts philosophiques précis et des lignes directrices sur l'éthique professionnelle et les organise de façon à faciliter leur application. Prenant la forme de dix questions, le modèle a pour objet d'améliorer le raisonnement au plan de l'éthique sur une base de cas par cas. Tous les professionnels de la santé, peu importe la nature de leur travail, ont certainement quelque chose à gagner en se posant des questions comme « Quelles sont les sources de pouvoir de chaque partie dans ce dossier? », « Le pouvoir est-il distribué de façon uniforme? », « Dans la négative, que peut-on faire pour l'uniformiser? ». Le modèle de Pine offre une précieuse information. Mais son utilité est quand même assez limitée comme le modèle suggéré dans ces pages se propose de dépasser le cadre des questions qui aideront les fournisseurs de services à prendre des décisions éthiques, et de tenir compte de tous les facteurs pertinents au processus décisionnel.

Le modèle décisionnel mis au point par Stein et Rzepnicki (1983) semble également être utile dans une certaine mesure seulement en ce qui concerne le présent modèle. Par l'intermédiaire de diagrammes et d'exposés, ces chercheurs offrent aux travailleurs des services de protection des enfants des méthodes structurées pour prendre des décisions précises liées à trois phases, soit celles de la réception, de l'enquête et de l'évaluation du problème, et de la planification des services. Dans son essence, le modèle peut être décrit comme étant une méthode innovatrice qui définit et structure les tâches des travailleurs en même temps que d'augmenter leur imputabilité et de limiter les jugements sans consultation. Le modèle est certainement utile pour ceux qui doivent évaluer des problèmes et intervenir dans des cas de violence et de

négligence envers les enfants. Cependant la nette différence entre les cas de violence faite aux enfants et aux personnes âgées suggère que l'utilité du modèle est plutôt limitée pour les travailleurs sociaux et le personnel des « professions d'aide » oeuvrant auprès des personnes âgées victimes de mauvais traitements et leur famille. De plus, parce qu'on peut assumer de façon générale que les professionnels de la santé possèdent un certain niveau de compétence, il semble probable que donner des directives précises pour les aider à prendre des décisions soit non seulement inutile dans la plupart des cas, mais aussi avilissant pour les travailleurs.

Faire la lumière sur les processus décisionnels des travailleurs dans divers milieux et disciplines semble être le principal objectif de tous les autres documents sur la question (par ex. : Baumann et Bourbonnais, 1982; Dileonardi, 1980; Janis et Mann, 1977; Phillips et Rempusheski, 1985). L'une de ces recherches empiriques explore notamment les processus décisionnels qu'appliquent ceux devant identifier les problèmes et intervenir dans les cas de négligence à l'égard de personnes âgées et de mauvais traitements infligés par les gens qui en prennent soin. On a codé et analysé des entrevues accordées par 29 fournisseurs de soins de santé, faisant partie d'un échantillonnage théorétique (16 infirmières et 13 travailleurs sociaux), dans le but de déterminer : a) quelle idée les professionnels de la santé se faisaient de la violence et de la négligence envers les gens âgés; b) le lien entre les définitions que donnent les fournisseurs de soins à la violence et aux décisions liées au dépistage; c) le lien entre les décisions associées au dépistage et à l'intervention. Le modèle conceptuel de quatre étapes issu des données recueillies identifie trois types de décisions que doivent prendre les professionnels de la santé en plus de diverses catégories dont il faut tenir compte à ce moment-là. La recherche en question décrit en outre cinq façons différentes d'appliquer le modèle.

À première vue, il peut sembler que le modèle de Phillips et Rempusheski nie la valeur de cette recherche, ou confirme qu'elle pourrait au moins servir de base inestimable à la formation du présent modèle. Or, ce ne fut pas le cas. En fait, il semble (en ce qui a trait aux objectifs de la présente

étude) qu'elle n'ait servi qu'à présenter un format général pour le modèle et à souligner quelques vastes catégories pouvant influer sur la prise de décisions. L'explication se trouve dans les buts divergents de ces études respectives. Comme on l'a vu, le présent document n'a pas pour objet principal de décrire les facteurs qu'examinent les fournisseurs de services au moment de prendre des décisions liées aux étapes de dépistage et d'intervention (comme c'est le cas pour le modèle de Phillips et Rempusheski), mais plutôt d'offrir à ces derniers un outil éducatif qui leur permettra de prendre des décisions plus avisées et d'exercer un meilleur jugement. Comme les pratiques actuelles des soi-disantes « professions d'aide » ne sont pas toujours celles qu'on voudrait appuyer ou promouvoir via un médium tel que celui proposé, l'auteure du présent document a cru nécessaire d'apporter d'importantes modifications au modèle décisionnel mentionné ci-dessus.

Le modèle de Phillips et Rempusheski publié en 1985 reflète le fait que les fournisseurs de soins de santé, faisant partie de leur échantillonnage, avaient tenu compte et la nature de la situation (« bonne », « tolérable » ou « mauvaise ») et des raisons à l'origine de celle-ci (« bonnes », « compréhensibles », « mauvaises », etc.) durant le processus de dépistage. Conclusions : plus on qualifie les raisons de « compréhensives » et de « bonnes » et plus on estime que les intentions de la personne offrant des soins sont bonnes, moins les professionnels de la santé sont susceptibles d'identifier les cas de violence et de négligence et d'intervenir. L'auteure du présent document croit fermement que de se croiser les bras et de fermer l'oeil sur des cas simplement parce qu'il ne s'agit pas de gestes délibérés, ou que leur raison d'être est compréhensible, est très injuste envers les personnes âgées et leur famille. En vérité, les meilleures intentions du monde peuvent causer beaucoup de tort à quelqu'un. Même si les mauvais traitements infligés ne sont pas volontaires, le fait qu'ils aient eu lieu mérite que les professionnels de la santé interviennent d'une quelconque façon afin d'empêcher que la situation ne se reproduise. Pour que le présent modèle tienne compte de ce point de vue, les questions que soulève l'intention de la personne apportant les soins et les raisons à l'origine des mauvais traitements infligés ont été exclus volontairement de la phase

d'identification. L'auteure a préféré les reporter à la phase des soins ou de l'intervention, la phase d'identification ayant pour unique objet de déterminer si un mauvais traitement, sous une forme ou sous une autre, a été infligé.

Le modèle décisionnel présenté dans les pages suivantes ressemble très peu au modèle de Phillips et Rempusheski, pas plus qu'à tout autre. C'est en jetant un oeil critique et en tirant quelque chose des quelque 90 articles consultés parmi le Social Work Research and Abstracts (1965 - mars 1989), le Inventory of Marriage and Family Literature (1980-1986), et le Elder Abuse Bibliography compilés par le Centre national d'information sur la violence dans la famille (1988) que ces auteurs ont établi leur modèle. Des fragments d'information jugés pertinents pour les objectifs du présent document ont été extraits de ces divers articles, regroupés et présentés dans un format pouvant aider tous les professionnels de la santé qui s'efforcent de « comprendre quelque chose à tout cela » — celui d'un paradigme théorique pour la prise de décisions. Aucun effort n'a été fait notamment pour traiter les questions liées aux personnes âgées victimes de violence et de négligence dans les maisons de soins infirmiers ou d'autres établissements, comme il s'agit de situations particulières devant être étudiés séparément. Le présent document est consacré plutôt aux aspects du processus décisionnel associés à l'évaluation et à l'intervention dans les cas de violence familiale actuels et éventuels envers les personnes âgées résidant dans la communauté.

2.2 Le modèle et ses composantes

Un examen de l'information clinique et des documents de recherche publiés jusqu'à présent suggèrent que le travail effectué auprès des « victimes » de mauvais traitements, actuelles ou éventuelles, et de leur famille est caractérisé essentiellement par deux phases distinctes, la première étant l'évaluation ou le dépistage/identification et la seconde, celle de l'intervention ou des soins. L'auteure a choisi de procéder dans le même sens et de diviser le présent modèle de façon similaire principalement aux fins d'organisation.

Le choix du terme le plus approprié pour décrire la première étape de ce paradigme a soulevé de sérieuses discussions. Il semble que le terme « évaluation », tel que défini habituellement dans la documentation sur la violence envers les personnes âgées, réfère à la première phase précédant le processus d'intervention. C'est une étape qui implique l'étude de la relation entre le client et la personne offrant des soins afin de déceler tout mauvais traitement potentiel, ainsi que l'identification des variables pertinentes à l'étiologie des mauvais traitements. Cette catégorisation, cependant, plaît nullement à l'auteure. Premièrement, l'évaluation ne se fait pas d'un coup; c'est plutôt un processus continu et répété à intervalles appropriés et pour diverses raisons (entre autres pour déterminer la ou les marche(s) à suivre qu'il y aurait lieu d'appliquer). Deuxièmement, Phillips et Rempusheski (1985) ont démontré qu'en tenant compte à la fois de la nature des mauvais traitements, de leur étiologie et de l'intention de la personne offrant les soins durant la phase d'évaluation, les professionnels de la santé ont tendance à fermer les yeux sur des cas et à préférer ne pas intervenir lorsque les actes de négligence commis ou les mauvais traitements infligés ne sont pas délibérés, selon eux, ou que les raisons d'agir ainsi sont bonnes et concevables. Tel que mentionné déjà, c'est là une habitude que l'auteure condamne car l'existence même de mauvais traitements devrait justifier une initiative quelconque de la part des fournisseurs de services pour essayer d'améliorer la situation.

Ces arguments ont conduit l'auteure à désigner l'étape A du modèle, la phase de « dépistage ». Ce terme, par définition, reflète exactement l'unique fonction qui devrait être assignée à cette phase selon l'auteure, soit celle de confirmer la présence ou l'absence de violence physique, de violence psychologique, d'exploitation matérielle ou de négligence (voir le tableau 1 à la page 13 pour connaître la définition de ces termes). Établir si la violence ou la négligence est « passive » ou non intentionnelle, « active » ou intentionnelle (distinctions faites dans des définitions proposées par des chercheurs tels que Douglass et Hickey (1979)) est une tâche qui devrait être réservée pour la phase d'intervention ou l'étape B du modèle. Cette étape exige une série de propositions tout à fait autres et un objectif très

différent de celui visé à l'étape A. Il s'agit, à l'étape B, d'évaluer ce qu'on peut faire pour mettre un terme à la menace immédiate et empêcher la récurrence des mauvais traitements. Il semble indiqué que le choix d'une stratégie d'intervention repose, en partie, sur la cause de l'incident, est-ce le résultat d'un acte de négligence ou de violence « actif » ou « passif »?

Le modèle décisionnel suggéré est schématisé à la page suivante (figure 1). Comme on peut voir, les étapes qui le chapeautent – le dépistage (A) et l'intervention (B) – ont été divisées en quatre sous-étapes interreliées. Les étapes AI et BIII décrivent les catégories et sous-catégories dont les professionnels de la santé peuvent tenir compte au moment de prendre des décisions. On assume que la formulation de décisions rationnelles nécessite l'accumulation plus ou moins systématique du plus grand nombre possible de renseignements objectifs et subjectifs pouvant être colligés. (Les catégories et leurs définitions pour les étapes AI et BIII sont présentées aux tableaux 2 et 3). Les étapes AII et BIV, en revanche, sont des questions que les fournisseurs de services doivent se poser pour évaluer l'information cumulée et prendre une décision.

Les étapes AI, AII, BIII et BIV du modèle sont tout à fait heuristiques, l'auteure les ayant décrites. Bien que les étapes représentent une période de changement dans le temps, l'intervalle qui les séparent est indéterminé. De plus, les étapes sont fluides de par leur nature, c'est-à-dire qu'aucune décision émanant de l'application du modèle est nécessairement finale. En effet, ce n'est pas parce qu'une étape a été franchie que les professionnels de la santé cessent de recueillir des données et de formuler des opinions. Un individu, par exemple, qui établit qu'un mauvais traitement a été infligé peut, en réalité, changer d'avis et passer à la prochaine étape si des données additionnelles viennent donner du poids aux observations et faire ainsi pencher la balance du côté d'une décision ou d'une autre. De la même façon, un fournisseur de services qui a pris la décision d'intervenir peut changer d'idée et adopter une autre marche à suivre, pourvu que les observations recueillies sur une base continue justifient cette initiative.

Figure 1. A Modèle décisionnel aux fins d'évaluation et d'intervention dans les cas de violence et de négligence envers les personnes âgées

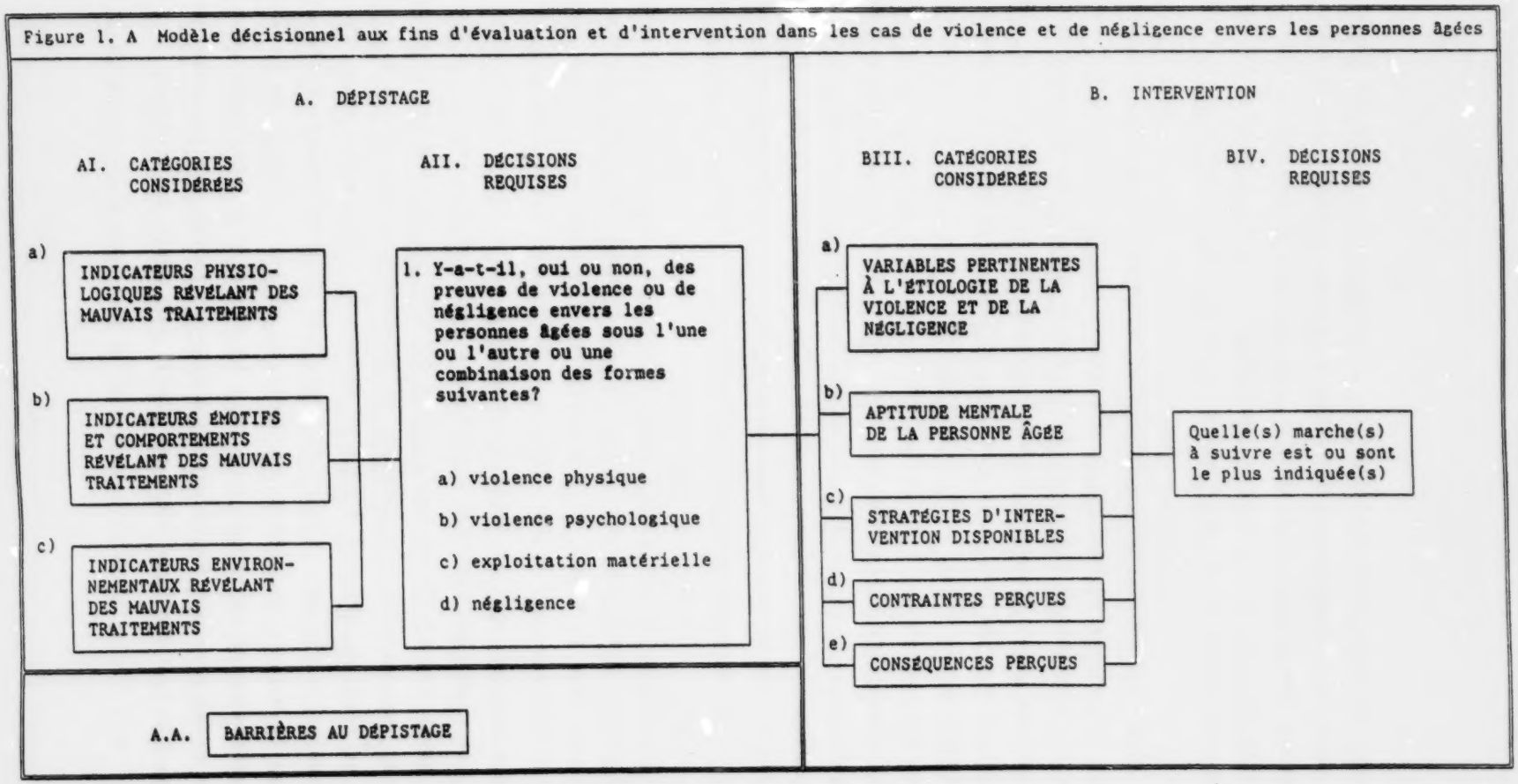

Tableau 1. Définitions extrinsèques de la violence et de la négligence utilisées à l'étape AII du modèle

a) **Violence physique** - se dit de tout acte posé sans nécessité et qui cause une lésion corporelle ou un malaise. Cette forme de violence comprend les voies de fait, le rudoiement, l'agression sexuelle (coercition, contraintes physiques, médication insuffisante ou abusive).

b) **Violence psychosociale** - consiste à provoquer chez la personne âgée une crainte de la violence, à dénier son droit de recevoir des soins ou à l'abandonner. Cette violence s'exerce par des efforts spontanés ou encore prolongés et systématiques visant à déshumaniser ou à intimider la personne âgée en refusant, par exemple, de reconnaître son droit de participer à la prise de décisions la concernant, en usant d'agression verbale (appellations blessantes, menaces, humiliation, réduction à l'état d'enfant) ou en la privant d'affection.

c) **Exploitation matérielle** - se dit de toute situation dans laquelle intervient l'utilisation malhonnête de l'argent ou des biens appartenant en propre à une personne âgée pour assurer son bien-être. Les responsables de ce délit ont recours notamment à la fraude, à la force, à une présentation inexacte des faits ou à la dissimulation, ou encore profitent de l'ignorance de leurs victimes.

d) **Négligence** - consiste à ignorer délibérément ou inconsciemment le besoin de soins de santé et de soutien affectif, social ou physique d'une personne âgée dépendante.

Source : Conseil sur le Vieillissement d'Ottawa-Carleton, 1988, Annexe 1 (les mots entre parenthèses sont ceux de l'auteure du présent document.)

Tableau 2. Catégories et définitions pertinentes à l'étape AI

a) **INDICATEURS PHYSIOLOGIQUES RÉVÉLANT DES MAUVAIS TRAITEMENTS** : Conditions pouvant être observées chez une personne âgée qui vont de signes de négligence physique (par ex. : malnutrition, déshydratation et manque d'hygiène personnelle) à des blessures corporelles évidentes (par ex. : fractures, dislocations, ecchymoses, brûlures, etc.).

b) **INDICATEURS ÉMOTIFS ET COMPORTEMENTS RÉVÉLANT DES MAUVAIS TRAITEMENTS** : Réactions émotives chez une personne âgée et la personne lui apportant des soins qui peuvent révéler de la violence ou de la négligence (par ex. : anxiété et peur, apathie, retrait) de même que le contexte interactionnel (par ex. : rendement de la personne offrant des soins, aise entre la personne âgée et celle qui en prend soin, etc.).

c) **INDICATEURS ENVIRONNEMENTAUX RÉVÉLANT DES MAUVAIS TRAITEMENTS** : Caractéristiques du milieu suggérant que celui-ci ne répond pas aux besoins particuliers de la personne âgée. Ces caractéristiques peuvent inclure la présence de risques pour la santé et la sécurité, des ressources insuffisantes au plan financier et chez la personne offrant des soins ainsi que l'absence d'un réseau de soutien.

Tableau 3. Catégories et définitions pertinentes à l'étape BIII

ÉTAPE BIII CATÉGORIES CONSIDÉRÉES DANS LA FORMULATION DES DÉCISIONS D'INTERVENTION*

a) **VARIABLES PERTINENTES À L'ÉTIOLOGIE DE LA VIOLENCE ET DE LA NÉGLIGENCE**

i) **Facteurs liés à la relation*** : contexte interactionnel incluant l'histoire de la relation et la nature des rapports.

ii) **Facteurs liés à la personne âgée*** : caractéristiques de la personne âgée, incluant sa santé, les soins requis et les traits de sa personnalité.

iii) **Facteurs liés à la personne apportant des soins*** : attributs de la personne apportant des soins, incluant sa santé physique et mentale, sa personnalité, ses connaissances et ses attitudes (par rapport au processus du vieillissement).

iv) **Facteurs liés à la situation et à l'environnement*** : les circonstances dans la vie des parties intéressées, incluant le style de vie habituel et les éléments de stress (par ex. : maladie physique, responsabilités conflictuelles, difficultés financières, absence d'emploi, logement inadéquat, conflit matrimonial, etc.).

b) **APTITUDE MENTALE DE LA PERSONNE ÂGÉE** : Capacité d'auto-détermination, c'est-à-dire être capable de comprendre une situation qui demande un consentement et être capable d'évaluer les conséquences une fois qu'on a donné ou refusé son consentement (Podnieks, 1987, p. 11).

c) **STRATÉGIES D'INTERVENTION DISPONIBLES*** : Stratégies d'interventions viables, compte tenu des circonstances, auprès de la « victime », de la famille, dans la communauté et la société.

d) **CONTRAINTES PERÇUES*** : Facteurs restreignant les initiatives et limitant l'application des stratégies d'intervention disponibles, dont les contraintes liées à la nature de la violence et de la négligence, les systèmes juridique et politique, les ressources de l'organisme, et les connaissances techniques et empiriques.

e) **CONSÉQUENCES PERÇUES*** : Limites dictées par les résultats éventuels d'une initiative, incluant des pertes utilitaires possibles pour la personne âgée et le fournisseur de services.

* Ces catégories et sous-catégories sont illustrées dans le modèle de Phillips et Rempusheski présenté en 1985 et elles décrivent les décisions des fournisseurs de soins de santé dans les cas de violence et de négligence envers les personnes âgées.

La section AA n'a pas encore été abordée comme il ne s'agit pas d'une « étape » qui caractérise le processus décisionnel en soi, mais qui représente plutôt des facteurs pouvant entraver le dépistage. On parle ici de barrières susceptibles de brider la prise de décisions, notamment les contraintes liées aux connaissances techniques et empiriques, les ressources et le mandat d'un organisme, et la nature des actes de négligence commis et des mauvais traitements infligés. (C'est pour cette raison que l'auteure a isolé cette section du reste des composantes du modèle à l'aide d'un trait pointillé sur le schéma.) L'inclusion de la section AA dans le modèle a été jugée nécessaire, cependant, pour la raison suivante. Des chercheurs tels que Block et Sinnott (1979) et Hickey et Douglass (1981) se sont tous fiés, dans leurs travaux, à l'aptitude des fournisseurs de soins de santé de sonder la partie de la population formée de gens âgés et d'identifier parmi eux les victimes de violence ou de négligence, sous une forme ou sous une autre. Cependant, les professionnels de la santé rencontrent bien des difficultés lorsqu'ils tentent d'identifier une « victime », malgré l'existence de lignes directrices dans la documentation clinique et les définitions conceptuelles et opérationnelles de la violence (Lau et Kosberg, 1979, Douglass et al., 1979). Une décision avisée et rationnelle exige des professionnels de la santé qu'ils prennent en considération les divers facteurs pouvant influer sur le processus décisionnel.

On verra dans la prochaine section quelques-unes des hypothèses-clés sous-jacentes au modèle décisionnel. Le lecteur devrait y trouver, on l'espère, des renseignements qui l'aideront à mieux comprendre le modèle suggéré.

2.3 Hypothèses sous-jacentes au modèle

1. Premièrement, le modèle est fondé sur la prémisse que chaque cas de mauvais traitements infligés est très différent, tout comme les parties concernées. Eastman (1984) suggère que bon nombre de travailleurs sociaux et d'autres soi-disant membres de « professions d'aide » n'individualisent pas les besoins des personnes âgées mais qu'ils voient

plutôt le patient ou le client comme un quelconque représentant stéréotypé du « troisième âge ». Selon l'hypothèse présentée ici cependant, toute évaluation ou intervention niant l'individualité du client et des membres de la famille est dénuée de sens.

2. Bien que le modèle soit clairement conçu pour aider les professionnels de la santé à prendre des décisions dans les cas de violence et de négligence, on assume qu'on donnera amplement la chance à leurs clients de collaborer au processus dans la mesure où ils en sont capables (c'est-à-dire qu'ils ont la compétence pour le faire). Car pour reprendre les paroles de Goldstein :

> « Être un enfant, c'est courir des risques, être dépendant et incapable de décider ce qui est le « mieux » pour soi. Être un adulte, c'est de prendre des risques, d'être indépendant et d'avoir la capacité et le pouvoir de prendre des décisions et d'agir en fonction de ce qui est le « mieux » pour soi » (Katz, 1979, pp. 716-717). [Traduction]

Une fois qu'une personne atteint l'âge de la majorité, elle a le pouvoir de prendre des décisions concernant sa propre vie. Ce pouvoir ne peut lui être retiré en vertu seulement de son âge avancé.

3. Le modèle décisionnel comporte une troisième hypothèse importante : la violence envers les personnes âgées est rarement un simple problème opposant un agresseur et une victime. On passe à côté de la question si on examine un cas en fonction du « bon et du mauvais gars » puisque les agresseurs sont très souvent victimes des circonstances autant que ceux qui subissent les mauvais traitements. Ils ne sont pas des monstres, pour la plupart, mais plutôt des gens ordinaires pris dans un cycle interminable d'anxiété, de peur et de frustration. Il est évident que personne ne peut fermer les yeux sur une agression contre une personne âgée vulnérable, pas plus que sur une agression contre un enfant sans

défense ou tout autre être humain. Cependant, blâmer l'agresseur (ou même la personne âgée) contribuera très peu à rétablir des émotions ébranlées ou à assurer que les agressions ne se produiront plus. Ce que nous, en tant que professionnels de la santé, devons faire c'est de voir les difficultés sous tous les angles et d'intervenir de manière à répondre aux besoins de l'agresseur et de la victime.

4. Le modèle proposé découle également du fait que la cause des mauvais traitements infligés aux personnes âgées dans notre société est profondément ancrée dans l'ordre social et non pas dans l'individu. Ceci implique que la résolution de ce problème social exige nécessairement une intervention aux niveaux de la société et de la famille.

5. La cinquième et dernière hypothèse du modèle est la suivante : les professionnels de la santé qui évaluent les cas de violence, actuels et éventuels, et qui interviennent font partie d'une équipe multi-disciplinaire. Cette approche semble avoir du succès tant dans les milieux hospitaliers que dans la collectivité, parce qu'on reconnaît de plus en plus qu'une enquête exhaustive et une intervention requièrent des connaissances approfondies dans des domaines aussi variés que le droit, le travail social, la médecine et la psychiatrie, – connaissances qui dépassent généralement les aptitudes d'une seule personne.

Le lecteur a pu, jusqu'ici, se faire une idée générale du modèle décisionnel proposé. Passons maintenant à la première étape, celle du dépistage, et examinons-la en détail.

CHAPITRE 3.0 LA PHASE DE DÉPISTAGE

À partir du moment où un professionnel de la santé reçoit un signalement, que ce soit de la part d'un collègue, d'un citoyen inquiet, d'un parent de la famille, d'un ami ou d'un voisin de la présumée victime de mauvais traitements, il doit agir comme un « stratège de première classe » (Quinn et Tomita, 1985, p. 97) et mettre à profit toutes les ressources mises à sa disposition (y compris ses cinq sens et son intuition). Un dépistage adéquat, c'est-à-dire la confirmation de la présence ou de l'absence de mauvais traitements ou de négligence fondée sur une foule de renseignements et une compréhension de la situation du client, peut requérir nombre de contacts au cours d'une certaine période et peut demander énormément de temps. C'est cependant une première étape essentielle qui prédira et guidera les efforts d'intervention des fournisseurs de services. C'est une étape qui marque également le début d'un processus d'individualisation qui a une fin.

Comme les personnes âgées endurent souvent en silence la douleur physique et émotive associée aux mauvais traitements infligés par la famille (pour des raisons qu'on verra plus tard), les professionnels de la santé doivent nécessairement se fier, dans une large mesure, à leurs propres pouvoirs d'observation durant le processus d'identification des cas (Falcioni, 1982; Kinderknecht, 1986). En fait, une évaluation prudente, faite selon les bonnes vieilles habitudes, doit être accompagnée d'une observation toute particulière des signes physiologiques révélant de mauvais traitements infligés, des indicateurs émotifs, des comportements et des facteurs environnementaux qui suggèrent que les besoins de la personne âgée ne sont pas satisfaits.

Il y a tout d'abord, et c'est peut-être l'aspect le plus important de l'étape de dépistage, les signes physiques ou les symptômes de mauvais traitements infligés à une personne âgée par les membres de sa famille. Il est impérieux que les professionnels de la santé s'habituent à reconnaître ces signes et ces symptômes, compte tenu des soins d'urgence que pourraient nécessiter leur client blessé et du besoin d'accumuler des preuves concrètes

dans le but de justifier et de faciliter les futures étapes d'intervention. Il faut obtenir des renseignements d'ordre professionnel, surtout lorsque la victime d'âge avancé est fragile en raison de problèmes de santé chroniques ou que les fournisseurs de services estiment nécessaire de prendre des initiatives qui vont à l'encontre des désirs de la personne âgée et de sa famille pour protéger leur client. Se satisfaire de moins, selon Rathbone et McCuan et Voyles, ajoute au danger éventuel que représente la situation pour la personne âgée, complique les rapports entre elle et le professionnel de la santé et embrouille le processus décisionnel concernant l'intervention (1982, p. 190).

Tout indicateur émotif et comportement révélant de mauvais traitements qui peut être relevé devrait ajouter à la valeur de l'information plus subjective dont dispose le professionnel de la santé tout en rendant celle-ci plus utile pour de futures décisions. On peut apprendre beaucoup en observant les présumés victime et pourvoyeur de soins au cours d'entrevues individuelles (où tous deux se sentiront peut-être plus à l'aise pour révéler des renseignements pertinents), et en observant les deux en interaction (Kinderknecht, 1986; Kosberg, 1985). Examiner l'état du logement et le milieu environnant peut être aussi extrêmement révélateur en ce qui a trait à l'identification de la violence ou de la négligence envers une personne âgée.

Avant d'étudier les facteurs physiques, les comportements et les indices environnementaux pouvant révéler des mauvais traitements infligés à une personne âgée, sous une forme ou sous une autre, il faut mentionner divers points importants. Soulignons d'abord qu'une observation ou un symptôme pris individuellement peut être dénué de sens ou être interprété comme un signe de vieillissement ou de maladie. Cependant, un groupe d'indicateurs variés ou la récurrence de l'un ou de plusieurs d'entre eux augmentent les probabilités de violence ou de négligence, et il faudrait dans ce cas examiner la situation en profondeur (Podnieks, 1985; Ross, 1988).

Deuxièmement, toute situation peut être caractérisée par plus d'une forme de mauvais traitements. En fait, Girard (1985) suggère qu'en cas de violence physique évidente, la négligence est également manifeste dans virtuellement tous les cas. De façon semblable, les personnes âgées victimes de violence physique ou d'exploitation matérielle ont tendance à être victimes de négligence ou de violence psychosociale également. (Senior Citizen's Secretariat, 1988).

Enfin, les professionnels de la santé doivent garder à l'esprit que diagnostiquer les mauvais traitements infligés à une personne âgée peut conduire à une catégorisation, ce qui, en soi, peut être aussi dangereux que la violence (Eastman, 1984). Ceci étant dit, les évaluations qui fournissent une base d'information adéquate pour formuler des jugements dans la phase de dépistage doivent absolument être approfondies et complexes.

3.1 Violence physique

Des preuves récentes tirées de l'enquête de Podnieks et Pillemer (1989) sur la violence envers les personnes âgées au Canada suggèrent que la violence physique, qui va de poussées et d'empoignes aux attaques à l'aide d'une arme, constitue la seconde forme de mauvais traitements la moins commune et qu'elle touche environ cinq aînés sur mille vivant dans des logements privés ou environ 12 000 personnes âgées au Canada. Néanmoins, il s'agit toujours du type de mauvais traitements le plus visible infligés à des personnes âgées dans les familles, et les professionnels de la santé les détecteront très probablement.

Voici quelques-uns des signes de violence physique les plus importants et les plus faciles à reconnaître. Ils peuvent inclure n'importe quel indice de violence psychologique ou de maladie physique non diagnostiquée (Senior Citizen's Secretariat, 1988).

- Ecchymoses, bosses, contusions, marques de doigts, et marques de coup visibles sur la poitrine, les épaules, le dos, les bras ou les jambes, rendues à diverses étapes de la guérison et incompatibles avec les raisons données (Eastman, 1984; Fulmer, 1984; Ghent et al., 1985; Podnieks, 1985; 1988; Rathbone-McCuan et Voyles, 1982; Senior Citizen's Secretariat, 1988).

- Brûlures de cigarette et de cigare inexpliquées (surtout sur la plante des pieds, les paumes de la main, le dos ou les fesses); brûlures causées par une corde ou une chaîne qui ont servi au confinement; brûlures causées par l'acide ou d'autres substances caustiques et objets de diverses sortes (par ex. : fer à repasser et brûleur électrique) (Eastman, 1984; Fulmer, 1984; Kinderknecht, 1986; Rathbone-McCuan et Voyles, 1982; Senior Citizen's Secretariat, 1988).

- Lacérations et abrasions inexpliquées de la bouche, des lèvres et d'autres parties de la figure ou du corps, qu'il s'agisse de plaies causées par des piqûres, des broiements et des perforations (Fulmer, 1984; Rathbone-McCuan et Voyles, 1982). Les blessures les plus fréquentes sont les fractures qui font saillie sous la peau (causant ainsi des infections) et des plaies lacérées infligées à l'aide d'objets tels que des cintres et des boucles de ceinture (Rathbone-McCuan et Voyles, 1982).

- Des blessures à la tête, telles que la calvitie et les hémorragies sous le cuir chevelu, peuvent être occasionnées en tirant violemment quelqu'un par les cheveux (Rathbone-McCuan et Voyles, 1982).

- Une démarche boiteuse inexpliquée et la perte de mobilité accompagnées de faiblesse peut témoigner de l'utilisation de moyens de contention (Senior Citizen's Secretariat, 1988).

- Des fractures ou des blessures internes pouvant être guéries en partie seulement et, peut-être, n'avoir jamais été traitées, qu'on ne peut expliquer de façon adéquate et à la satisfaction du personnel médical (Fulmer, 1984; Podnieks, 1985; 1988).

- Le sentiment d'avoir les jambes comme du coton et une confusion exprimés par la personne âgée peuvent être attribués à une médication excessive ou non appropriée à sa condition (par ex. : contention par médication) (Eastman, 1984; Podnieks, 1985; 1988; Senior Citizen's Secretariat, 1988). Les membres d'une famille qui doivent passer quelques nuits blanches peuvent donner un somnifère de plus à la personne âgée dont ils prennent soin puis penser à lui en faire prendre plusieurs.

- De la douleur, des ecchymoses et un saignement extérieur dans la région génitale, vaginale ou anale; de la difficulté à marcher ou à s'asseoir; des sous-vêtements déchirés, tachés ou maculés de sang peuvent révéler des agressions sexuelles (Fulmer, 1984; Podnieks, 1985; 1988; Senior Citizen's Secretariat, 1988).

Le comportement et les attitudes des personnes âgées durant les entrevues aux fins d'évaluation peuvent être tout aussi importants que le dépistage de la violence physique. Parmi les indicateurs figurent :

- La manifestation de la peur (Ghent et al., 1985; Podnieks, 1985; 1988; Rathbone-McCuan et Voyles, 1982; Senior Citizen's Secretariat, 1988). En présence du présumé agresseur, par exemple, le regard de la personne âgée peut se promener constamment d'un objet à l'autre; la personne âgée peut s'asseoir le plus loin possible de la personne qui lui apporte des soins; elle peut sembler excessivement nerveuse, avoir un mouvement de recul ou s'esquiver, comme si elle s'attend à être frappée. Un niveau élevé de peur généralisée et inhabituelle, dérivée de n'importe quel ou de l'ensemble des aspects de l'environnement,

est selon toute apparence chose commune dans ces situations (Rathbone-McCuan et Voyles, 1982). Il est impératif que les professionnels de la santé n'assument pas prématurément que cette peur généralisée est symptomatique de la paranoïa ou de la sénilité. Car, comme le soulignent Rathbone-McCuan et Voyles (1982), les personnes âgées (désorientées ou non) ont tendance à se sentir en sécurité dans un milieu qu'ils connaissent à moins de se sentir menacés.

- Le déni de tout problème par une personne âgée ou la réticence à fournir de l'information (Ghent et al., 1985; Podnieks, 1985; 1988).

- Une surprotection de la personne apportant des soins (Ghent et al., 1985).

- La résignation, le retrait ou la passivité (Ferguson et Beck, 1983; Ghent et al., 1985; Podnieks, 1985; 1988).

- Un passé comportant des « accidents » ou des blessures inexpliquées (Podnieks, 1985, Quinn et Tomita, 1986; Ross, 1988).

- Le « passage » d'un médecin et d'un organisme à l'autre afin de cacher les blessures précédentes (Podnieks, 1988; Quinn et Tomita, 1986; Ross, 1988).

- L'habitude d'attendre pendant une période excessivement longue avant de faire soigner un traumatisme ou une maladie (Podnieks, 1988, Quinn et Tomita, 1986; Ross, 1985). Les blessures douteuses peuvent comprendre des ecchymoses apparues il y a une semaine et des pieds gangreneux.

Évaluer le comportement et les attitudes des personnes apportant les soins est également très important quand on veut confirmer la présence ou l'absence de violence physique. Il faut alors observer plus attentivement le contenu verbal, les styles de communication et les gestes suivants :

- Des réponses évasives aux questions posées (Eastman, 1984; Podnieks, 1988). Les études portant sur la violence envers les enfants révèlent qu'il faut se méfier des explications vagues. De la même façon, on devrait poser davantage de questions (sans que ce soit un interrogatoire serré comme si la personne se trouvait à la barre des témoins) à une personne apportant des soins qui affirme que le parent âgé doit « avoir trébuché », « avoir glissé en mettant le pied dans son urine », ou « avoir déboulé l'escalier ».

- Des réactions défensives lorsqu'on pose des questions sur l'incontinence de la personne âgée ou qu'on adresse des « blâmes » à ce sujet, sur le comportement confus de celle-ci, etc. (Podnieks, 1985; 1988).

- Une perte de contrôle ou la peur de perdre le contrôle (Ferguson et Beck, 1983).

- Une préoccupation ou un désintéressement exagérés des blessures ou des questions de soins (Eastman, 1984; Ferguson et Beck, 1983; Podnieks, 1985; 1988; Rathbone-McCuan et Voyles, 1982).

- Évitement des contacts physiques, verbaux et visuels avec la personne âgée ou le fournisseur de services (Ferguson et Beck, 1983; Podnieks, 1985; 1988).

- Des signes de comportements destructeurs et agressifs (par ex. : menaces, insultes, harcèlement) qui comportent un élément certain de danger et de violence possible (Podnieks, 1985; 1988; Rathbone-McCuan et Voyles, 1982).

- Une présentation contradictoire des antécédents médicaux et attribution des blessures à une tierce partie (Ferguson et Beck, 1983).

- Le retard d'une consultation médicale pour la présumée victime (Podnieks, 1985; 1988; Quinn et Tomita, 1986; Ross, 1985). Comme le suggèrent Quinn et Tomita :

> On ne peut pas assumer que toutes les personnes apportant des soins ont de bonnes intentions. L'omission d'aller chercher de l'aide au moment opportun peut être attribuée au fait que la personne apportant des soins ne désire pas dépenser d'argent pour des soins médicaux, de l'ignorance, ou du besoin de minimiser la gravité du problème du client jusqu'à ce qu'il ne puisse plus être ignoré (1986, p. 117). [Traduction]

En ce qui concerne les indicateurs environnementaux de violence physique, les professionnels de la santé qui peuvent se rendre sur les lieux où vit la personne âgée qu'ils soupçonnent être victime de mauvais traitements devraient chercher les signes révélateurs d'un confinement physique (elle peut être attachée sur un lit, une chaise ou une toilette, enfermée dans une pièce pendant de longues périodes). Selon Rathbone-McCuan et Voyles (1982), un tel confinement peut se manifester par les signes suivants :

- Des marques inhabituelles sur un lit ou sur une autre pièce du mobilier de la maison.

- Des cadenas aux portes à l'intérieur de la maison, à la porte de chambre de la personne âgée tout particulièrement, pouvant indiquer qu'on limite les mouvements de celle-ci.

3.2 Violence psychologique

L'enquête qui vient d'être faite à l'échelle nationale sur la violence envers les aînés révèle qu'environ 14 personnes âgées sur 1 000 vivant dans des logements privés, ou 34 000 Canadiens, sont victimes d'« agression verbale chronique ». Ces personnes ont été la cible d'insultes, de sacres ou de menaces à dix reprises ou plus au cours de la dernière année (Podnieks et Pillemer, 1989). Cependant, il reste encore à déterminer de façon empirique l'existence et la fréquence des cas de violence psychologique envers les aînés, dans toutes ses formes, ici, au Canada.

Ce qui rend ce type de mauvais traitements particulièrement difficile à déceler vient du fait que les victimes n'ont généralement pas de cicatrices physiques (en autant qu'elles ne soient pas en plus victimes de violence physique). Mais on peut obtenir des preuves substantielles en prenant note des commentaires adressés par la personne âgée et en observant les comportements respectifs de la personne âgée et du présumé agresseur. Les fournisseurs de services devraient s'habituer à reconnaître les signes suivants :

- Le présumé agresseur traite-t-il la personne âgée comme si ce n'était pas une personne ou comme un enfant (Podnieks, 1985; 1988; Senior Citizen's Secretariat, 1988). Menace-t-on la personne âgée de l'abandonner, de la placer dans un établissement de soins, de violence physique, de ne plus l'aimer (« Si tu n'obéis pas, je t'enferme dans ta chambre »). Est-ce qu'on la traite comme un enfant (« Sois un gentil garçon et mange tout ce qu'il y a dans ton assiette »), ou l'humilie (« Tu as encore mouillé ton lit! Décidément, prendre soin de toi c'est comme prendre soin d'un bébé »)?

- Des cris et des réprimandes de la part de la personne apportant des soins qui témoignent d'un sentiment d'hostilité envers la personne âgée (Fulmer, 1984; Podnieks, 1988).

- L'absence de rapports humains chaleureux, positifs et réconfortants et l'aliénation émotive ou physique de la personne âgée (Kinderknecht, 1986).

- Des symptômes manifestes de retrait, d'apathie, de honte, de confusion et de dépression ou un comportement passif ou combatif chez la personne âgée – qui peuvent être des réponses naturelles au sarcasme, à l'intimidation, à l'humiliation ou aux insultes infligés par la personne apportant des soins (Kinderknecht, 1986).

- Des signes d'hésitation ou d'impuissance chez la personne âgée qui peuvent découler de la perte involontaire d'autodétermination – peu de chances de prendre des décisions sur des questions d'ordre personnel (Podnieks, 1985; Senior Citizen's Secretariat, 1988).

- Des signes que la personne âgée n'est pas à l'aise en présence du membre de la famille qui en prend soin. Comme pour les victimes de violence physique, les victimes de violence psychologique peuvent démontrer des symptômes de peur et d'anxiété (Rathbone-McCuan et Voyles, 1982; Sengstock et al., 1986; Senior Citizen's Secretariat, 1988). Sengstock et ses collègues conseillent aux professionnels de la santé de se poser les questions suivantes : « La personne âgée détourne-t-elle son regard du présumé agresseur ou d'autres personnes? »... « La personne âgée répond-elle à toutes les questions par un simple oui ou non? »... « Tourne-t-elle le dos aux autres ? » et « Évite-t-elle les rapports sociaux? » (1986, p. 47).

Parmi les indicateurs environnementaux figurent :

- Des signes d'isolement imposé ou de refus de camaraderie ou d'amour (Podnieks, 1985; Senior Citizen's Secretariat, 1988). Le présumé agresseur peut très bien assumer le contrôle des rapports qu'établit la personne âgée avec des gens à l'extérieur de la maison. Il ou elle peut, par exemple, exclure intentionnellement le parent âgé de toutes les réunions de famille, lui interdire d'avoir des ami(e)s ou des visiteurs ou de participer à des activités paroissiales. Des moyens de contrition physique tels que des cadenas aux portes, de même que l'absence de téléphone, de radio ou de télévision peuvent constituer des signes visibles de mauvais traitements.

3.3 Exploitation matérielle

Selon l'enquête de Podnieks et Pillemer sur la violence envers les personnes âgées au Canada publiée en 1989, l'exploitation matérielle est la forme de mauvais traitements la plus répandue, touchant 1,4 p. 100 des personnes âgées qui habitent des logements privés, ou environ 34 000 Canadiens. Les fournisseurs de services ont souvent beaucoup de difficultés à identifier les cas d'exploitation matérielle comme un grand nombre de personnes âgées donnent déjà de l'argent à leurs enfants lorsqu'ils en ont besoin (Senior Citizen's Secretariat, 1988). De plus, nombre de personnes âgées prennent des arrangements informels, autorisant la personne qui prend soin d'eux à s'occuper de leurs affaires bancaires et d'autres questions financières. Néanmoins, il existe des indicateurs importants d'exploitation matérielle qui peuvent transparaître suite à un examen, par un professionnel, de la situation financière de la personne âgée et des activités, des présumés victime et agresseur et d'autres personnes telles qu'avocats ou banquiers.

Les indicateurs suivants peuvent révéler une exploitation de la situation économique de la personne âgée :

- Le mode de vie de la personne âgée peut ne pas être proportionné à son revenu et à ses biens (Podnieks, 1988; Senior Citizen's Secretariat, 1988).

- Des transactions inhabituelles dans les comptes de banque. Par exemple, on peut retirer de l'argent par l'entremise des guichets automatiques quand la personne âgée est retenue à la maison (Podnieks, 1988).

- Des comptes en souffrance, un loyer impayé et d'autres indices d'un manque constant d'argent (Podnieks, 1988; Sengstock et al., 1986).

- La présumée victime ne sait pas pourquoi elle a un rendez-vous avec un courtier ou un avocat (Sengstock et al., 1986).

Les activités suivantes de la part de la personne âgée, de la personne qui en prend soin et des autres parties intéressées devraient également être considérées suspectes.

- La personne âgée peut avoir rédigé récemment ou révisé un document juridique tel qu'un testament ou un acte notarié (c'est-à-dire faire d'un « nouvel ami » son bénéficiaire) lorsqu'elle est incapable de comprendre les conséquences de ce geste (Podnieks, 1985; Sengstock et al., 1986).

- La personne âgée peut avoir pris l'habitude de prêter de l'argent sans indice de remboursement ou de signer des chèques faits par quelqu'un d'autre (Sengstock et al., 1986).

- La personne âgée a vendu récemment une propriété sans planification au préalable en ce qui concerne la vente ou sans avoir bien compris la raison de la transaction (Senior Citizen's Secretariat, 1988).

- Les docteurs, les banquiers ou les autres professionnels en rapport avec la personne âgée peuvent ne pas retourner ses appels ou répondre à ses lettres ou peuvent refuser de mettre leurs recommandations sur papier. Dans ces cas, il est possible que le professionnel n'agisse pas dans l'intérêt du client, mais plutôt dans celui d'un membre quelconque de la famille, d'un ami ou, peut-être, dans son propre intérêt. (Sengstock et al., 1986).

3.4 Négligence

Selon l'enquête de Podnieks et Pillemer publiée en 1989, les actes de négligence constituent la forme de mauvais traitements la moins répandue, touchant 0,4 p. 100 des personnes âgées habitant dans des logements communautaires, soit environ 10 000 Canadiens. Cependant, ces actes, qu'ils soient intentionnels ou le résultat de l'ignorance ou de l'indifférence, ont des conséquences tout aussi destructrices pour leurs victimes que les autres formes de mauvais traitements.

Tout comme il existe des signes de violence physique, on peut également réunir de façon objective des signes de négligence grâce aux renseignements sur la condition de la présumée victime qu'obtiennent les travailleurs sociaux et le personnel d'autres professions d'aide à chacune de leur visite. L'apparence physique de la personne âgée peut révéler des soins négligents. Voici quelques indices :

- Une malnutrition apparente : une personne âgée peut être capable d'exprimer des besoins mais son immobilité l'empêche d'y répondre elle-même. Les indicateurs complexes de cette condition dans sa forme extrême sont la pâleur, les yeux caves et les joues creuses, les lèvres desséchées, une perte de poids excessive, et une profonde déshydratation (Ghent et al., 1985; Kinderknecht, 1986; Podnieks, 1985; Senior Citizen's Secretariat, 1988). À moins que la victime ne se trouve dans un état aussi grave que celui-ci, la malnutrition est très difficile à détecter (Eastman, 1984). Mais

ce n'est pas impossible. Eastman (1984) fait allusion à un indice utile, soit le cas où la personne qui prend soin d'une personne âgée se néglige elle-même.

- Une hygiène personnelle qui laisse à désirer en général (Fulmer, 1984; Podnieks, 1985; Sengstock et al., 1986; Senior Citizen's Secretariat, 1988). Des plaies de lit chroniques et récurrentes; une urine concentrée et de couleur foncée; des infections urinaires chroniques et récurrentes; des signes indiquant que la personne prend rarement un bain; une apparence négligée (c'est-à-dire cheveux sans coupe, des dents gâtées, des ongles de pied trop longs) peuvent tous refléter un niveau de soins inadéquat. Précisons, cependant, que les normes régissant la toilette de quelqu'un sont arbitraires, ce qui peut être acceptable pour une famille peut ne pas l'être pour un observateur.

- Un problème médical pouvant être traité qui ne s'améliore pas ou une douleur persistante peuvent indiquer l'administration inadéquate ou inappropriée de médicaments, le refus délibéré de consulter un médecin ou un rendez-vous reporté volontairement (Fulmer, 1984; Podnieks, 1988; Senior Citizen's Secretariat, 1988).

- Des tremblements, une teinte bleutée de la peau, un abaissement de la température du corps (indicateurs d'hypothermie) peuvent être attribués à des vêtements qui ne sont pas assez chauds ou à un chauffage inadéquat dans la maison (Senior Citizen's Secretariat, 1988).

- Une fatigue constante, une apathie ou des capacités mentales affaiblies en raison d'un déficit organique (Fulmer, 1984). Cela peut indiquer que les soins satisfaisants ne sont pas disponibles puisque la nutrition, l'hydratation et la médication ont des répercussions directes sur le fonctionnement mental.

- Des contractions musculaires inexpliquées, une immobilité et une faiblesse peuvent être attribuées à l'utilisation injustifiée de contraintes physiques (Podnieks, 1985).

- Absence d'articles nécessaires tels que des dentiers, des appareils acoustiques et des binocles (conduisant possiblement à la privation sensorielle) (Podnieks, 1988; Senior Citizen's Secretariat, 1988).

Certains indicateurs émotifs et comportements sont également importants pour détecter les cas de négligence. (Le lecteur remarquera que plusieurs des signes mentionnés ici sont identiques ou semblables aux symptômes associés à la violence psychologique).

- Des symptômes de dépression ou d'anxiété chez la personne âgée (c'est-à-dire un regard détourné, une perte de poids, un manque d'expression, des yeux baissés et fuyants) (Podnieks, 1988; Sengstock et al., 1986).

- Le présumé agresseur ne touche pas et ne regarde pas la personne âgée. Il ou elle ne lui parle pas et ne répond pas à ses questions non plus. (Podnieks, 1988; Sengstock et al., 1986).

- La personne âgée est laissée seule pendant de longues périodes, est rejetée par la personne qui en prend soin ou par les autres membres de la famille, ou est abandonnée (Fulmer, 1984; Podnieks, 1985; Sengstock et al., 1986).

- La personne âgée erre dangereusement, un signe possible de manque de surveillance (Senior Citizen's Secretariat, 1988).

De plus, il faut évaluer l'environnement afin d'évaluer s'il répond aux besoins physiques et émotifs de la personne âgée. En examinant la condition de la chambre de la victime et des lieux environnants, les professionnels de la santé devraient s'habituer à reconnaître les signes suivants :

- Une petite pièce, sombre et encombrée peut suggérer une difficulté à se déplacer et une privation sensorielle possible (Kinderknecht, 1986).

- Aucune place pour s'asseoir dans la chambre de la personne âgée peut indiquer que la personne qui en prend soin y passe peu ou pas de temps (Kinderknecht, 1986).

- Des normes pour la préparation des repas et le ménage qui peuvent causer des maladies ou contribuer à des accidents (Eastman, 1984; Kinderknecht, 1986; Senior Citizen's Secretariat, 1988). Comme on l'a déjà mentionné, il est impératif que les modes de vie par opposition aux risques pour la santé et la sécurité soient différenciés.

- La présence de dangers tels que des carreaux brisés, une infestation de vermines et d'insectes, des radiateurs ouverts, et l'absence de plomberie et d'un système électrique fonctionnels ou de systèmes de chauffage et de refroidissement adéquats (Kinderknecht, 1986; Sengstock et al., 1986).

Ce n'est pas parce qu'on relève des indicateurs importants de mauvais traitements infligés à une personne âgée par sa famille que l'on peut nécessairement conclure que des actes de violence ou de négligence sont manifestes ou risquent d'être commis. En fait, des preuves suggèrent qu'il existe de nombreuses barrières à l'identification de pareils cas. On se retrouve donc devant un processus qui est loin d'être simple comme bonjour.

On approfondira dans les pages suivantes les contraintes qui peuvent entourer la prise de décisions à la phase de dépistage.

3.5 Barrières au dépistage

a) Dilemmes associés aux définitions

Tout comme la question de savoir ce qu'on entend par violence faite aux enfants sème encore la controverse une trentaine d'années après les débuts de la recherche dans le domaine, on constate que les définitions attribuées à la violence envers les personnes âgées varient beaucoup et portent toujours à confusion. Les chercheurs, les professionnels et les profanes semblent ne pas s'entendre sur la nature et les paramètres du problème (Bookin et Dunkle, 1985; Callahan, 1982, 1988; Eastman, 1984; Pedrick-Cornell et Gelles, 1982). Une enquête effectuée par des médecins du Harborview Medical Centre de Seattle révèle que le groupe interrogé n'était pas arrivé à établir un consensus même sur un seul élément à incorporer dans la définition de la violence envers les personnes âgées (Bookin et Dunkle, 1985).

La difficulté que présente la formulation d'une définition satisfaisante semble provenir en grande partie du fait que la violence, tout comme la beauté, est perçue par les yeux de celui qui regarde. En d'autres termes, une définition personnelle du phénomène est obligatoirement le miroir de nos expériences, de nos valeurs personnelles et professionnelles et d'images culturelles, etc. Ainsi, les fournisseurs de services tentant d'évaluer un cas suspect de violence peuvent faire face à une situation où les perceptions qu'ont du problème toutes les parties intéressées – y compris la personne âgée à qui on inflige les mauvais traitements, sa famille, de même que d'autres membres de l'équipe inter-disciplinaire – peuvent varier considérablement.

À titre d'exemple, Bookin (1985) décrit une situation où une travailleuse sociale et son superviseur n'ont pas pu se mettre d'accord et décider si un cas assigné à la travailleuse sociale devait être classé parmi les dossiers de violence envers les personnes âgées. Même au terme de longues discussions, la travailleuse sociale refusa de croire, à l'instar de son

superviseur, qu'il y avait dans la situation (une femme prenant soin d'un parent âgé le frappe avec une brosse à cheveux chaque fois qu'il bouge pendant qu'elle lui procure des soins personnels) des indices de mauvais traitements. Peu de temps après, le superviseur surprend la travailleuse sociale en train de punir physiquement son enfant à un pique-nique des employés. Elle se rend compte à ce moment-là que les rapports sociaux qu'elle et la travailleuse sociale avaient développés expliquaient leurs points de vue opposés quant à la convenance et la légitimité de la violence et du contrôle dans la famille. Callahan (1980) explique par un autre excellent exemple comment des expériences de vie différentes peuvent mener à une conception différente de la violence. Il souligne qu'un travailleur spécialisé dans les services de protection qui a passé des mois à se battre avec les organismes de soins devant les tribunaux (pour tenter de résoudre un cas d'agression) fermera probablement les yeux sur des dizaines de « conflits mineurs » que d'autres qualifieraient de mauvais traitements.

L'ambiguité des nombreuses définitions proposées et utilisées par les professionnels semble compliquer le problème sous-jacent à la définition de la violence envers les personnes âgées. La plupart des articles de recherche qui traitent du sujet, par exemple, présentent quelque forme de typologie des comportements extrinsèques et donnent des exemples pour chaque catégorie – mais les auteurs oublient très souvent de donner des définitions intrinsèques (conceptualisations). C'est-à-dire qu'ils commencent par illustrer le concept sans le définir (Hudson et al., 1986). De vastes définitions du genre peuvent ne pas contenir de lignes directrices nettes qui aideront les professionnels de la santé dans leurs efforts pour déterminer si un certain comportement, par exemple, comporte un degré de violence. En fait, ce genre de définitions peuvent laisser les professionnels de la santé sans réponse devant de nombreuses questions, pourtant très sérieuses (par ex. : « Peut-on parler de violence physique quand aucune blessure n'est infligée? », « Les besoins hygiéniques d'une personne âgée sont-ils négligés quand la personne qui en prend soin applique ses propres normes à ce chapitre? ») Bref, cela laisse beaucoup de place à l'interprétation subjective d'une situation de la part du personnel des professions d'aide.

b) Des connaissances inadéquates pour guider les pratiques professionnelles

Une autre barrière importante à l'identification de la violence envers les personnes âgées semble être la nature bien ténue de nos connaissances en la matière (Pillemer et Finkelhor, 1988; Rathbone et Voyles, 1982; et Ross, 1988). Il semble qu'en niant le problème pendant longtemps, les professionnels aient gêné grandement le développement de ces connaissances. En fait, nous ne disposons manifestement pas de renseignements suffisants qui permettent de déterminer l'ampleur des mauvais traitements infligés aux personnes âgées, leurs répercussions psychologiques et physiques sur les « victimes », etc. (Rathbone-McCuan et Voyles, 1982).

Il est important de souligner, également, que nous commençons à peine à découvrir de nouvelles preuves remettant en question les notions que nous avions des caractéristiques de la violence faite aux personnes âgées. Par exemple, l'enquête réalisée en 1989 par Podnieks et Pillemer sur l'existence de ce problème au Canada et sur les circonstances l'entourant suggère, avec preuves à l'appui, que nos stéréotypes du phénomène peuvent être très inexacts. Chose intéressante, l'enquête a déterminé que dans la majorité des cas de violence physique et verbale, l'époux(se) de la victime était l'agresseur. Cette conclusion ne concorde pas avec les résultats des recherches précédentes, qui, dans une large mesure, présentent l'enfant comme l'agresseur de ses parents. Si l'image que se font les fournisseurs de services de la violence envers les personnes âgées se limite à cette conclusion et à d'autres stéréotypes de situations d'agression, ils fermeront les yeux ou formuleront un diagnostic erroné sur un grand nombre de cas légitimes de violence.

c) Ressources inadéquates au sein des organismes

Les barrières imposées par les ressources limitées des organismes sont également importantes. Des preuves cumulées suggèrent, par exemple, qu'un recrutement insuffisant de personnel dans les organismes de services sociaux n'est pas rare du tout, au Canada comme à l'étranger. En fait, un travailleur social dans un grand établissement de soins offrant de multiples services aux personnes âgées à Calgary (Alberta) affirme ceci :

> Nous ne sommes pas assez nombreux et nous ne pouvons pas consacrer autant de temps que nous devrions à chaque personne. Établir une relation de confiance, vérifier les cas, et identifier les solutions viables demande du temps (Conseil canadien du développement social, 1988, p. 5). [Traduction]

Un autre chercheur a fait les commentaires suivants sur la situation des organismes de soins à domicile aux États-Unis :

> La majorité d'entre eux (les organismes) n'offrent pas de services sociaux (et) même dans les organismes où c'est le cas, on s'attend à ce que le travailleur social prenne en charge tous les dossiers, ce qui peut représenter des centaines de patients (Kinderknecht, 1986, p. 40). [Traduction]

Il semble que les organismes de services sociaux les plus susceptibles d'établir sur place des rapports avec les personnes âgées « victimes » et les agresseurs manquent aussi constamment de personnel clinique qui possède les compétences voulues pour traiter la complexité sociopsychologique de la situation (Rathbone-McCuan et Voyles, 1982). En d'autres mots, le personnel expérimenté dans l'observation des divers indicateurs de violence et de négligence envers les personnes âgées est réduit au minimum, dans le meilleur des cas.

Il existe un autre dilemme connexe et tout aussi important : la plupart des organismes n'ont pas de protocoles ou de procédures établis pour traiter les cas de violence ou de négligence suspects ou signalés. Une enquête menée dans 88 organismes communautaires et établissements de la région d'Ottawa-Carleton a révélé que seulement 40 p. 100 d'entre eux bénéficiaient de mesures concernant l'identification des cas de violence pour guider le travail du personnel. (Conseil sur le Vieillissement d'Ottawa-Carleton, 1988).

Il est important de souligner que les organismes appliquant un protocole à ce chapitre n'améliorent pas nécessairement les dilemmes inhérents au dépistage. Comme le suggère l'enquête menée par Sengstock et ses collègues en 1987 sur sept mesures d'identification, les techniques utilisées comportent, d'habitude, un certain nombre de lacunes. L'une des plus importantes est le fait que quelques types de mauvais traitements infligés (par ex. : d'ordre financier) ne sont pas définis, sinon traités superficiellement. Quelques protocoles exigent des observations directes qui demandent aux professionnels de la santé d'avoir une connaissance approfondie de chaque cas pris individuellement – ce qui peut demander des mois de travail, sans savoir seulement si c'est possible. D'autres indices dépendent, dans une large mesure, de la volonté de la victime de dénoncer les mauvais traitements et les soins négligents ou de l'opinion subjective des professionnels. Cette dernière situation est hautement problématique pour l'employé sans expérience et peut mener probablement à des jugements contradictoires de la part de différents observateurs.

d) Différents niveaux d'intervention

Selon quelques chercheurs, le dépistage peut être problématique pour les professionnels de la santé étant donné la nature de leur travail qui leur procure une expérience et des rapports différents avec les victimes de diverses formes de mauvais traitements. Les enquêtes réalisées par Richard Douglass, Tom Hickey et Catherine Noel (1980) et par le Conseil sur le Vieillissement d'Ottawa-Carleton (1988) indiquent notamment que la violence envers les personnes âgées fait partie de l'expérience de travail habituelle du personnel au sein de diverses professions d'aide. Les travailleurs dans certaines disciplines auraient cependant des degrés d'exposition variés à différents types de mauvais traitements et de négligence. Résultats : quelques professionnels deviennent inévitablement plus habitués que d'autres à reconnaître des indicateurs et des formes de violence. (Les membres des professions médicales et les travailleurs sociaux, par exemple, peuvent acquérir plus d'expérience, respectivement, pour ce qui est d'identifier la violence physique et l'exploitation matérielle.) En concentrant leur attention sur une moins grande variété de symptômes, les professionnels de la

santé, dans diverses disciplines en viennent à rechercher des indices particuliers de mauvais traitements et à ignorer les autres (Bookin et Dunkle, 1985).

Quelques-uns des problèmes qu'expérimentent les travailleurs en tentant d'identifier les cas de violence peuvent aussi être attribués aux différents rapports qu'établissent avec la victime âgée le personnel de diverses professions tout le temps que durent les mauvais traitements. Il est possible que certains fournisseurs de services (par ex. : des assistants sociaux ou des travailleurs dans un établissement psychiatrique communautaire) ont plus de chances d'être exposés à des cas de violence dans ses premières phases – au moment où les symptômes sont beaucoup plus subtils ou facilement cachés. D'autres professionnels, comme les médecins et les infirmières, d'un autre côté, ont peut-être plus de chances de rencontrer des gens âgés victimes de mauvais traitements une fois que le problème a progressé et que les symptômes sont plus évidents.

e) Contraintes liées à la perception de la nature de la violence et de la négligence

L'invisibilité relative des cas de violence envers les personnes âgées pour la communauté professionnelle est amplement discutée dans les documents de recherche (Anderson, 1981; Beck et Ferguson, 1988; Bookin et Dunkle, 1985; Hudson et Johnson, 1986; Kinderknecht, 1986; Kosberg, 1988). L'explication du phénomène peut-être la plus fréquente est que les actes de violence et de négligence se produisent habituellement entre les murs de logements privés et sont par conséquent à l'abris des regards scrutateurs. Comme c'est le cas pour les enfants, il n'y a pas d'impératifs pour les gens âgés (l'école et les examens médicaux obligatoires) qui les obligent à quitter la maison et à être aperçus par des personnes autres que les membres de la famille (Bookin et Dunkle, 1985; Kosberg, 1988). Ainsi, les gens âgés qui habitent dans des quartiers peu habités, comme ceux qu'on trouve dans certaines banlieues et régions rurales, sont particulièrement isolés et loin des yeux du public.

La conspiration du silence à laquelle se butent souvent les professionnels de la santé vient ajouter aux difficultés du dépistage. Il existe bien sûr des situations où une maladie grave, une dépression ou la démence empêchent les gens plus âgés de reconnaître et de dénoncer les mauvais traitements infligés (Hudson et Johnson, 1986). Cependant, même quand les personnes âgées comprennent tout à fait ce qui se passe, elles nient et cachent souvent le problème.

On peut attribuer cette attitude en partie à l'existence de normes régissant la vie privée et l'intimité dans la famille. Selon Potter et Jameton, « la vie privée des individus, le côté privé des rapports qu'ils ont avec les gens, et la responsabilité de prendre soin d'eux-mêmes limitent les droits qu'ont ceux ne faisant pas déjà partie de leur vie d'intervenir dans leurs affaires... » (1986, p. 101). La famille étant considérée comme une sacro-sainte institution, les gens de l'extérieur qui essaient de s'y immiscer pour chercher des preuves ne sont pas tolérés dans bien des cas. D'autres facteurs peuvent contribuer au fait que la personne âgée victime de mauvais traitements nie le problème, notamment la certitude de mériter les punitions infligées (Hudson et Johnson, 1986; Senior Citizen's Secretariat, 1988), la peur de mettre en péril la position qu'occupe leurs enfants dans la communauté (Champlin, 1982), la peur de la vengeance, de l'abandon ou de devoir quitter la maison sur l'ordre du ou des membres de la famille prenant soin d'elle (Anderson, 1981; Hudson et Johnson, 1986; Kinderknecht, 1986; Kosberg, 1986). Il semble que certaines personnes âgées préfèrent la turbulence familiale aux démons inconnus d'un milieu de vie étranger comme celui d'une maison de soins infirmiers. Leur famille fait qu'elles se sentent entourées, et leur maison leur procure un sentiment de sécurité et d'appartenance au système familial, ce que d'autres conditions de vie pourraient très bien ne pas leur apporter.

La nature ambigüe des indicateurs de violence constitue un autre important facteur pouvant entraver le processus d'identification (Kimsey et al., 1981; Senior Citizen's Secretariat, 1988). Il semble qu'on puisse attribuer aisément les signes de violence physique, de violence psychologique et d'exploitation matérielle aux changements qui surviennent avec l'âge – ce

qui rend la validation des allégations beaucoup plus difficile. La perte de l'équilibre et le ramollissement des tissus, des vaisseaux sanguins et des os qui accompagnent le vieillissement, par exemple, peuvent entrainer des ecchymoses et à des fractures pathologiques dans la vie de tous les jours. La violence psychologique peut semer la confusion et freiner un développement sain – tout comme peut y arriver la démence, le délire, les drogues et les maladies chroniques. De la même façon, les pertes d'argent peuvent être attribuées à une démence précoce ou à un stress excessif sur les épaules de la personne âgée ou à des actes de coercition de la part de celui ou celle qui lui apporte des soins.

En somme, les barrières au dépistage peuvent être assez considérables. Cependant, si les professionnels de la santé soupçonnent fortement qu'une personne âgée est victime de mauvais traitements malgré ces barrières – c'est-à-dire s'ils sont en mesure d'observer des indicateurs de violence physique ou de tirer des conclusions à partir du comportement d'un client, de l'environnement, ou d'autres renseignements sur la façon dont les soins sont apportés – alors ils interviendront, c'est garanti.

Le prochain chapitre est consacré à la phase d'intervention.

CHAPITRE 4.0 LA PHASE DE L'INTERVENTION

Mettre au point une stratégie d'intervention appropriée, efficace et cohésive n'est pas la tâche facile que certains documents traitant de la violence envers les personnes âgées suggéreraient (Beck et Ferguson, 1981; Phillips et Rempusheski, 1986). En fait, le processus décisionnel à cette étape est nécessairement influencé par de nombreux facteurs complexes (par ex. : l'étiologie des mauvais traitements infligés, la capacité de la personne âgée de prendre des décisions, les types d'intervention possibles, la perception des contraintes et des conséquences des gestes posés). Et cela implique un processus d'évaluation qui demande généralement beaucoup de temps, de l'empathie et des négociations entre les parties concernées – notamment la victime et l'agresseur, la famille, la communauté de même que le personnel professionnel et les organismes de soins de santé et de services sociaux (Association canadienne des administrateurs des services sociaux en milieu de santé, 1985; Lau, 1986; Potter et Jameton, 1986; Tomita et Quinn, 1986).

Comme le souligne Eastman (1984), toute procédure d'intervention dans les cas de violence ou de négligence n'est pas une « cure », qui, en soi, empêchera tous les membres d'une famille de maltraiter leur parent âgé. On espère cependant qu'une procédure systématique fondée sur des principes éthiques et sur une perception différente des personnes âgées, c'est-à-dire qu'ils sont des individus, non des « problèmes », protégera les victimes de mauvais traitements. On espère également pouvoir offrir des conseils et un appui à l'agresseur pour qu'il ou elle comprenne ce qui ne va pas et assurer que le client, la famille et l'organisme tirent le meilleur parti des ressources disponibles.

Pour atteindre les objectifs primaire et secondaire, qui sont respectivement de mettre un terme à la violence et d'assurer le bien-être de la personne âgée et de la personne lui apportant des soins (Block et Sinnott, 1979), il faut prendre soin de recueillir une information exacte et complète sur les soins offerts. C'est donc dire qu'il faut toujours chercher le fin fond de l'histoire et faire des efforts assidus pour se mettre à la place des

gens concernés. De plus, toute intervention doit être adaptée aux problèmes et de l'intensité voulue. (Eastman, 1984; Ross, 1988). En d'autres mots, il faut appliquer la marche à suivre la moins restrictive possible.

Ceci dit, on verra de façon détaillée les facteurs clés qui influencent obligatoirement la prise de décisions à la phase d'intervention.

4.1 Variables pertinentes à l'étiologie de la violence et de la négligence

Les facteurs qui contribuent aux mauvais traitements infligés à une personne âgée dans une famille englobent un grand nombre des mêmes facteurs associés à la violence familiale en général. Les chercheurs semblent être d'accord pour dire qu'on ne peut attribuer à un seul facteur la violence et la négligence envers les personnes âgées, mais que les causes sont plutôt nombreuses, complexes et interreliées. Déterminer les dynamiques causales dans chaque cas est impérieux si les professionnels de la santé veulent pouvoir adapter des stratégies d'intervention appropriées et capables de mettre un terme aux menaces immédiates et éventuelles de violence. Il est particulièrement important de savoir si la présence d'indicateurs de mauvais traitements infligés à une personne âgée est attribuable au manque d'information et de compétence de la part du fournisseur de soins (violence et négligence « passives ») ou s'il s'agit plutôt d'actes malveillants ou de négligence intentionnelle ou « active ».

Les paragraphes qui suivent décrivent les variables clés qui peuvent être associées à l'étiologie des mauvais traitements infligés aux personnes âgées. (Comme les causes de ces actes sont largement interreliées et systématiques dans leur nature, le chevauchement des catégories décrites n'a pu être évité.)

a) Facteurs associés aux relations

Il est clair que le parent âgé et le membre de la famille en prenant soin partagent une relation de longue date qui peut encourager ou entraver les tentatives de ce dernier pour satisfaire ses exigences. Dans les cas où l'agresseur est l'enfant de la personne âgée, il faut accorder beaucoup

d'importance au rôle de parent qu'a joué la personne âgée auprès du membre de la famille qui en prend soin aujourd'hui. Les résultats des recherches suggèrent que les adultes qui ont été victimes de négligence ou de mauvais traitements infligés par leurs parents quand ils étaient enfants ont beaucoup plus de chances d'infliger plus tard de mauvais traitements à leurs parents (Kinderknecht, 1986; Langley, 1981; Rathbone-McCuan, 1980; Senior Citizen's Secretariat, 1988). En fait, Steinmetz (1978) suggère qu'un enfant sur 400 élevés dans un milieu familial non violent finira par maltraiter ses parents, comparativement à la moitié des enfants qui ont été victimes de violence familiale. Il se peut très bien qu'un enfant maltraitant un parent qui fut un jour agressif envers lui le fasse dans le but de se venger (Langley, 1981). Il est probable toutefois que les relations développées durant l'enfance aient également un rôle à jouer. En fait, la violence semble être un type de comportement normatif appris dans un contexte familial. En d'autres mots, les enfants apprennent, via l'observation et la participation dans leur famille d'origine, que la violence est une réponse acceptable dans toute situation de stress. (Giordano et Giordano, 1984).

Vivre dans le même logement peut également, semble-t-il, ramener à la surface de vieux conflits non réglés entre les parents et les enfants – surtout lorsqu'il faut prendre soin d'un parent âgé de façon soudaine et sans qu'on le veuille (Kimsey et al., 1981; Langley, 1981; Senior Citizen's Secretariat, 1988). Des questions pendantes liées à la lutte d'un enfant pour son indépendance (par ex. : mode de vie, les valeurs et les pratiques religieuses) peuvent facilement, par exemple, précipiter une crise et dégénérer en violence.

Dans les cas de violence ou de négligence envers un(e) conjoint(e), il faut tenir compte non seulement des expériences vécues par la personne qui en prend soin, mais également de la nature et de la gratification dérivée de la relation matrimoniale. Selon Kinderknecht (1986), il n'est pas rare du tout de découvrir une insatisfaction matrimoniale chez la personne apportant des soins, insatisfaction étayée de conflits non réglés (par ex. : problèmes d'abus de substances toxiques; violence faite à la femme ou aux enfants;

infidélités isolées ou fréquentes, incapacité de pourvoir aux besoins économiques de la famille).

Les documents de recherche suggèrent que la désorganisation et la détérioration des rapports avec la personne âgée et des rôles qu'elle a déjà joués peuvent constituer une autre source importante de stress pour un(e) conjoint(e) ou un enfant rendu à l'âge adulte qui à la responsabilité d'apporter des soins (Kinderknecht, 1986). Un(e) conjoint(e) qui s'occupe de son partenaire très affaiblie aux plans physique ou mental a, en pratique, perdu l'association implicite qu'ils avaient dans le mariage. Nombre de ces unions durent depuis environ 50 ans ou plus et les rôles, les attentes et l'interdépendance, durant cette période, ont déterminé la façon de vivre. Il n'est donc pas rare qu'un(e) conjoint(e) se plaigne, ait des réactions d'indignation et de dégoût face à la condition de leur partenaire. En fait, on a déjà vu des gens parler de leur conjoint(e) gravement affaibli(e), dont ils prennent soin, comme si il ou elle était déjà décédé(e).

De plus, le renversement des rôles peut, semble-t-il, créer des situations de stress pour un enfant d'âge adulte qui doit prendre soin de ses parents – surtout quand l'enfant estime que ses parents l'ont rejeté, qu'ils ne l'ont pas aimé et n'ont pas pris soin de lui par le passé (Beck et Ferguson, 1988; Kinderknecht, 1986). En même temps, la personne âgée qui voit son enfant jouer un rôle parental – s'attendant à ce qu'il réponde à ses besoins, la protège, formule des décisions, etc. – peut hésiter à se défaire de son autorité pour la remettre entre les mains de l'enfant d'âge adulte. Les conflits associés aux rôles, qui sont alors amplifiés, peuvent à la fin se transformer en mauvais traitements infligés à la personne âgée.

b) Facteurs associés à la personne âgée

Nombre de chercheurs estiment que la vulnérabilité ou la dépendance de la « victime » est étroitement liée aux mauvais traitements infligés dans la famille (Anderson, 1981; Hudson et Johnson, 1986; Steinmetz, 1983; Steuer et Austin, 1980). Une faiblesse prolongée aux plans physique ou mental est un des facteurs qui pourraient contribuer à la dépendance parentale – « le

sentiment acquis d'impuissance » en est un autre. Selon cette dernière théorie, si un manque de mérite et un sentiment d'impuissance sont instillés dans la tête de quelqu'un en réponse à des pertes psychosociale et émotives subies « à l'âge de la vieillesse » (par ex. : maladie, retraite et veuvage), cette personne a moins de contrôle sur sa propre vie et de maîtrise de soi, et le niveau de dépendance peut augmenter par la même occasion (Giordano et Giordano, 1984; Katz, 1980). La dépendance d'un membre âgé de la famille signifie, bien sûr, plus de demandes à satisfaire et de responsabilités pour la personne qui en prend soin, ce qui peut provoquer du stress et des frustrations. Si cette dépendance est un fardeau inattendu et indésiré, qui doit être assumé pendant une longue période, la personne apportant des soins est encore plus susceptible de recourir à la violence et à la négligence.

Les résultats des études suggèrent que certains traits de caractère et comportements peuvent devenir exagérés chez une personne âgée et provoquer les mauvais traitements et les punitions infligés par la personne qui en prend soin (Kimsey et al., 1981; Langley, 1981; Senior Citizen's Secretariat, 1988). Que ce soit en raison d'une condition physique telle qu'un syndrome cérébral organique ou en réponse à d'autres pertes subies à « l'âge de la vieillesse (par ex. : statut dans la famille, autonomie, mobilité), on sait que beaucoup de personnes âgées avec le temps, bien qu'il s'agisse d'une minorité, régressent, perdent de l'énergie, deviennent moins productives et rendent la tâche difficile à ceux ou celles qui en prennent soin. Elles peuvent devenir plus entêtées, querelleuses et désordonnées, refuser de manger ou perdre les mécanismes de défense psychologique acquis durant les phrases du développement. On peut même rencontrer chez les gens âgés un comportement agressif et combatif (Kimsey et al., 1981). Comme le suggèrent Chen et ses collègues, « des comportements exigeants et provocateurs, jumelés à des demandes adressées à un moment inopportun, provoquent souvent des réactions hostiles chez la personne procurant des soins » (cité dans l'ouvrage de Kinderknecht, 1986, p. 34).

Il est important de noter également qu'une personne toxicomane victime de mauvais traitements peut facilement inciter à la violence familiale (Kosberg, 1988, Senior Citizen's Secretariat, 1988).

e) Facteurs associés à la personne apportant les soins

La recherche sur la violence familiale en général indique que les caractéristiques et les expériences de « l'auteur » de ces actes sont apparentés au phénomène de la violence envers les personnes âgées. Au moment d'examiner les caractéristiques personnelles des pourvoyeurs de soins, il faut penser que les facteurs qui accentuent les possibilités de violence et de négligence incluent entre autres les signes pathologiques et la toxicomanie. Donc, face aux responsabilités additionnelles qu'impliquent les soins à apporter aux personnes âgées, ceux ou celles en ayant la charge et qui ont déjà expérimenté ce genre de problèmes sont plus susceptibles de succomber à des comportements insensés et destructifs (Langley, 1981; Podnieks, 1988; Senior Citizen's Secretariat, 1988). L'étude de Pillemer (1983) sur la violence envers les personnes âgées prouve que de tels actes peuvent découler de la dépendance et du sentiment d'impuissance perçus par la personne apportant des soins. Devant le peu de ressources psychologiques ou financières sur lesquelles établir une relation de pouvoir, une personne peut se sentir obligée de recourir à la violence – même si un tel comportement est illégitime et sévèrement réprouvé.

Il semble que l'on puisse également attribuer les mauvais traitements infligés à une personne âgée dans la famille à la mauvaise santé de la personne qui en prend soin, soit un(e) conjoint(e) ou un enfant d'âge adulte, qui a de moins en moins d'énergie pour cette tâche. Face à une espérance de vie plus longue et à des familles de quatre générations comme on en voit davantage aujourd'hui, les gens qui procurent des soins aux personnes âgées sont âgés également, dans un nombre croissant de cas, et ils peuvent souffrir d'un certain affaiblissement chronique qui risque bien plus de les amener à causer du tort à quelqu'un de façon involontaire (par ex. : une vue affaiblie peut les conduire à administrer de trop fortes doses de médicaments) (Anderson, 1981; Douglass, 1983; Kinderknecht, 1986).

Que l'on soit en présence ou non de traits de caractère personnels pouvant expliquer les mauvais traitements infligés, il faut examiner les expériences de vie et les perceptions de l'auteur de ces actes. Cette personne peut accorder beaucoup de prestige à la jeunesse et valoriser l'indépendance et la productivité et peut concevoir les gens âgés comme étant « inutiles ». Des attitudes pareilles ne peuvent que jeter de l'huile sur le feu (Kinderknecht, 1986).

Les recherches effectuées suggèrent que les mauvais traitements peuvent être aussi le résultat d'un manque de compréhension du processus de vieillissement et provenir du fait qu'on ne sait pas à quoi s'attendre d'intentions vindicatives et malveillantes de la part des personnes âgées (Kinderknecht, 1986; Senior Citizen's Secretariat, 1988). Trop souvent, les gens qui prennent soin de personnes âgées attribuent les changements psychologique, physiologique et d'attitude qui peuvent accompagner le vieillissement et la mauvaise santé à la « méchanceté » et à la « mauvaise conduite » de ces personnes. Ce que l'enfant d'âge adulte perçoit comme de l'« entêtement » peut être un geste désespéré de la part de leurs parents âgés pour conserver ce qui reste de leurs biens et de leur style de vie. L'isolement et le déni – mécanismes de défense communs contre la douleur associée à la perte – peuvent être interprétés comme une absence de sentiment de la part de la personne âgée. De la même façon, des sentiments d'impuissance et de désespoir (encore une fois des réactions normales à la suite d'une perte) exprimés par un parent âgé peuvent représenter un fardeau pour celui ou celle qui en prend soin, s'attirer son ressentiment et entretenir une atmosphère provoquant la violence (Beck et Ferguson, 1988). La personne qui apporte des soins à une personne âgée peut également ne pas connaître les ressources communautaires mises à sa disposition pour alléger la situation difficile (Langley, 1981; Senior Citizen's Secretariat, 1988).

Notons également que certains fournisseurs de soins à qui on donne une information complète et précise sur le vieillissement, l'aide communautaire, etc., ne l'assimilent pas parce qu'ils la désavouent ou qu'ils en sont

incapables intellectuellement (Miller, 1973; cité dans l'ouvrage de Kinderknecht, 1986).

La corrélation entre la violence familiale et la réaction d'une personne devant la tâche qui lui incombe de prendre soin de quelqu'un de même que sa motivation face à ce rôle a été établie dans les documents de recherche (Anderson, 1981; Hudson et Johnson; 1986; Katz, 1980). Horowitz (1978) a trouvé, par exemple, que si une personne assume ce rôle parce qu'elle s'y résigne ou qu'elle se sent obligée de le faire, elle adopte dans bien des cas des comportements négatifs à l'égard de ses responsabilités (cité dans l'ouvrage de Anderson, 1981). Contrairement aux personnes démontrant des attitudes négatives accorderont plus d'importance aux sacrifices qu'elles ont faits (par ex. : retard des moments de douce insouciance et de relaxation tant attendus après la retraite) contrairement aux personnes assumant le rôle d'une façon positive (par ex. : pour remplir un vide dans leur vie). Bref, une personne qui prend soin de quelqu'un mais ne désire pas en assumer les responsabilités, qui a l'impression d'être limitée dans ses mouvements et de faire des sacrifices peut ressentir de la colère et du ressentiment. Kosberg (1980) prétend en fait que « personne n'est immunisé contre la possibilité d'infliger de mauvais traitements à quelqu'un, s'il existe une divergence majeure entre les besoins du membre de la famille procurant les soins et ceux du parent âgé » (cité dans l'ouvrage de Hooyman et al., 1982, p. 11). Ce qui fut peut-être un jour une relation heureuse, ou l'un et l'autre se réconfortait, peut, et c'est souvent le cas, dégénérer en des rapports tendus et antagonistes.

d) Facteurs associés à la situation ou au milieu

Les études réalisées jusqu'à aujourd'hui indiquent que le stress lié à une situation est un important précurseur (bien que pas le seul) des mauvais traitements infligés à une personne âgée dans une famille (Hudson et Johnson, 1986; Giordano et Giordano, 1984; Langley, 1981; Sengstock et al., 1984). La plupart des membres d'une famille qui prennent soin d'un parent âgé font de leur mieux pour aider. Ils ne l'« abandonnent » pas ou ne le « placent pas de force » dans un établissement de soins. La culpabilité peut les en empêcher

lorsque le bon sens leur dit que c'est la solution, (Goldstein et Blank, 1982). Toutefois, certaines personnes – peu importe leurs bonnes intentions – semblent ne pas pouvoir s'adapter et faire face aux facteurs de stress élevé qui les assaillent (par ex. : maladie personnelle, conflit matrimonial, chômage, etc.). La violence faite à une personne âgée dans une famille n'est pas préméditée dans la plupart de ces cas-là mais plutôt précipitée par une crise.

Il semble que la femme d'un certain âge ou la belle-fille, sur laquelle la responsabilité de prendre soin d'un parent âgé a tendance à retomber, assume déjà des rôles multiples exigeant beaucoup de temps et d'énergie. Le stress associé à leur rôle de mère, d'épouse et d'employée peut déjà saper leur force et leur endurance. Apporter des soins à un parent âgé et fragile peut accroître encore plus le stress psychique des mères et des femmes sur le marché du travail. (Anderson, 1981; Cohen, 1982; Goldstein et Blank, 1982; Langley, 1981; Senior Citizen's Secretariat, 1988).

Intégrer un parent âgé dépendant dans un cercle familial peut être une opération chargée de difficultés. On peut être à l'étroit, la « routine » de la famille peut être dérangée et des conflits liés aux habitudes des membres de la famille, aux libertés et à la discipline peuvent survenir. D'autres complications liées aux multiples responsabilités qu'amènent les enfants et les membres âgés et dépendants de la famille peuvent également faire surface (Block et Sinnott, 1979; Hickey et Douglass, 1981; Hudson et Johnson, 1986; Langley, 1981; Lau et Kosberg, 1979; Rathbone-McCuan, 1980).

Prendre soin d'une personne âgée peut entraîner le problème de la distribution des ressources (Anderson, 1981; Hickey et Douglass, 1981; Langley, 1981). Très souvent, les familles doivent contribuer financièrement à l'entretien de la maison, aux soins de santé et aux autres besoins de leurs parents âgés, causant ainsi un ajustement à la baisse de leur mode de vie. Si la personne âgée nécessite beaucoup de soins, au point que celui ou celle en prenant soin doive quitter son emploi, les revenus disponibles de la famille sont réduits encore davantage. Comme Anderson (1981) et Steinmetz (1978) le

suggèrent, le stress éprouvé et qui émane du sentiment qu'il faut prendre soin d'un parent âgé et du sentiment qu'il faut rapporter à la maison un revenu pour subvenir aux besoins de ses propres enfants peut engendrer une situation de crise.

Les demandes aux plans physique et émotif associées aux soins dont a besoin la personne âgée peuvent également contribuer aux mauvais traitements infligés dans la famille (Block et Sinnott, 1979; Lau et Kosberg, 1979; Langley, 1981; Rathbone-McCuan, 1980). Les documents de recherche indiquent que la personne chargée de prendre soin de quelqu'un manque démesurément de sommeil et de temps pour elle-même et se trouve grandement limitée dans ses activités sociales (Cohen, 1982). En fait, on se retrouve très souvent devant la situation où une personne arrête pour ainsi dire de vivre sa vie afin de passer ses journées entières à tenir compagnie à quelqu'un qui peut nécessiter une attention constante. Il peut arriver alors, et c'est souvent le cas, que cette personne, exténuée physiquement et mentalement, se venge de façon consciente et inconsciente en adaptant un comportement agressif et indifférent.

Malheureusement, l'aide d'autres membres de la famille ou les services de soutien communautaires qui pourrait alléger les fardeaux physique, émotif et financier dont on vient de parler (par ex. : soins de jour et services de dépannage à domicile) ne sont pas mis à la disposition, très souvent, des personnes qui prennent soin de quelqu'un à la maison (Hudson et Johnson, 1986; Langley, 1981; Lau et Kosberg, 1979; Rathbone-McCuan, 1980). Par essence, les problèmes de la société tels que celui des soins à apporter aux parents vieillissants a été placé entre les mains des familles. On semble donc s'attendre à ce que les fournisseurs de soins assument ce rôle avec peu, sinon pas d'aide.

Le fait que les personnes âgées prises en charge par la famille puissent moins profiter en général des ressources communautaires existantes que les personnes âgées résidant seules témoigne de cette situation. De plus, la tendance vers des familles moins nombreuses et géographiquement fragmentées

limite nécessairement l'aide familiale dont peut profiter celui ou celle qui prend soin d'une personne âgée (Katz, 1980). Comme Suzanne Steinmetz le suggère (1980) :

> Au fond, si on met plus de stress sur les épaules des membres d'une famille sans leur offrir l'appui nécessaire pour faire face à la situation, on augmente les risques de violence familiale... il y a une limite à ce qu'une personne et une famille peut endurer (cité dans l'ouvrage de Langley, 1981, p. 14). [Traduction]

En somme, les mauvais traitements peuvent très bien être le rejet d'un épuisement mental et physique de longue date et soutenu, plutôt que le rejet ou l'abomination de la personne âgée à qui ils sont infligés.

4.2 Aptitudes mentales de la personne âgée

Il est impérieux que les professionnels de la santé évaluent les aptitudes mentales des personnes âgées (c'est-à-dire leur capacité de prendre des décisions) en plus d'examiner si elles ont été victimes de mauvais traitements. À moins de pouvoir démontrer clairement, avec preuves à l'appui, que les personnes âgées ne possèdent pas les facultés cognitives et affectives requises pour accorder leur consentement à quelque chose, ou qu'elles représentent un danger pour la société, elles ont un droit, aux plans éthique et juridique, à l'autodétermination (Matlaw et Mayer, 1986; Ross, 1988). En d'autres mots, elles ont le droit de refuser toute coercition et interférence et elles ont le droit d'agir comme bon leur semble (Abramson, 1985). Si la doctrine du respect de l'autonomie pour les adultes ne souffrant pas d'incapacité mentale doit être soutenue par le personnel des professions d'aide (comme ce devrait être le cas), alors les souhaits du client concernant une intervention devraient être examinés en premier au moment d'établir un plan de soins. Il vaudrait la peine de tenir compte de l'avertissement suivant :

> Laissons ceux qui veulent que l'État fasse tout pour les personnes âgées poursuivre leur objectif comme ils l'entendent. Mais pour chaque heure qu'ils passent à planifier des « services » à leur intention, laissons-les en consacrer deux à leur garantir le droit de ne pas s'en prévaloir mais plutôt de les refuser (Katz, 1980, pp. 721-722). [Traduction]

Les gens capables de consentir à quelque chose sont aussi capables de refuser. Ce n'est pas parce qu'une personne refuse quelque chose qu'on a le droit de remettre en question son jugement.

D'un autre côté, lorsque les clients ne possèdent pas les capacités intellectuelles et émotives pour prendre des décisions correspondant à leurs propres besoins, le respect de l'autonomie est dénué de sens. C'est à ce moment-là que le gouvernement – en vertu de son pouvoir souverain – fait valoir son autorité et son droit d'offrir des soins à de telles personnes et de les protéger (Bolton et Bolton, 1987; Katz, 1980). Une fois qu'on détermine qu'elles souffrent d'incapacité mentale, via la législation provinciale sur la santé ou l'incapacité mentale, les personnes âgées sont dépouillées de leurs droits et de leur indépendance et le pouvoir décisionnel passe obligatoirement entre les mains d'autres parties – les pourvoyeurs de soins de santé, les membres de la famille, les tuteurs, etc.

Une fois qu'on a déterminé la capacité ou l'incapacité mentales des clients, on peut les classer dans quatre catégories (Eastman, 1984, p. 72).

1. Le client avantagé au plan mental, qui, non seulement est pleinement conscient d'être victime de mauvais traitements ou de négligence, mais qui collabore entièrement aux programmes d'intervention.

2. Le client avantagé au plan mental, qui, en étant conscient qu'il risque de subir de mauvais traitements, refuse toute aide proposée et peut même nier qu'un membre de sa famille, ou la personne lui apportant des soins, a été violent envers lui.

3. Le client désavantagé au plan mental qui, bien qu'il a « conscience » d'être maltraité, est incapable de comprendre ou de saisir le niveau de risques auquel il est exposé ni, par conséquent, le sens ou les implications de toute intervention. On appelle souvent les personnes classées dans cette catégorie des handicapés mentaux.

4. Le client qui pourrait être classé dans l'une ou l'autre des trois catégories précédentes mais qui est en danger de mort imminente ou risque d'être blessé physiquement.

Les décisions prises à l'étape de l'intervention seront nécessairement influencées, dans une large mesure, par la catégorie dans laquelle la présumée victime aura été classée.

4.3 Types d'intervention

Lorsqu'ils élaborent des plans d'intervention individuels pour les cas de mauvais traitements infligés à des personnes âgées, les professionnels ont plusieurs choix. Bien que la liste de stratégies présentée ici soit loin d'être exhaustive, elle offre différents types d'intervention auxquels il faudra peut-être recourir pour régler le problème.

A. Intervention des services sociaux

Il est possible que les premières considérations ou décisions associées au processus d'intervention dans un cas de violence envers une personne âgée soient du type des services sociaux (par opposition aux services juridiques). Dans cette catégorie figurent des interventions directes autant qu'indirectes auprès des personnes âgées victimes de mauvais traitements et leur famille.

1. Intervention indirecte

Colliger des renseignements, présenter un rapport ou transmettre un dossier à un autre organisme ou à un autre professionnel peut être l'une, sinon la seule, des marches à suivre disponibles – particulièrement si la personne âgée victime de mauvais traitements ou de négligence oppose une réticence aux changements proposés ou si l'autoprotection de la part du professionnel de la santé est une priorité (Hooyman et al., 1982; Quinn et Tomita, 1986).

2. Intervention directe

Lorsqu'une personne âgée maltraitée reconnaît avoir besoin d'aide – et lorsque des contacts répétés avec les clients sont possibles – les stratégies d'intervention directe de la nature suivante peuvent être appliquées.

a) Plan thérapeutique

Par l'entremise de visites à la maison ou de rendez-vous au bureau, on peut obtenir la confiance de la personne âgée victime de mauvais traitements, on peut lui offrir de l'aide aux plans décisionnel, de l'évaluation et de la résolution de problèmes et on peut vérifier si ces problèmes sont bien réels (Hooyman et al., 1982, Hudson, 1988). On peut donc offrir de l'information et des conseils qui visent à combattre des fantasmes excessifs, des évocations magiques, un comportement régressif et d'autres mécanismes d'adaptation mésadaptés tels que la somatisation et la déconnexion de la réalité. Aider les personnes âgées à faire face à la désorganisation et à la détérioration d'anciens rôles et rapports et leur offrir des activités divertissantes (pour accroître leur estime de soi et leur donner un sentiment de valeur au sein de la famille) peut avoir une valeur thérapeutique également (Kinderknecht, 1986).

b) Plan éducatif/renforcement

Les personnes âgées victimes de violence ou de négligence, alertes et ne souffrant pas d'incapacité mentale importante, peuvent profiter de conseils et de directives qui peuvent contribuer à diminuer les risques de mauvais traitements. Dans certains cas, aider ces personnes à acquérir une image de

soi positive et à la renforcer peut se révéler extrêmement avantageux pour elles. On peut montrer aux personnes âgées victimes de violence à être sûres d'elles et à dire non aux demandes déraisonnables et à demeurer ferme dans l'adversité; des classes d'auto-défense peuvent en outre les aider à surmonter la peur. De plus, donner des directives aux personnes âgées sur les façons de prendre soin d'elles-mêmes peut avoir comme effet d'augmenter leur capacité fonctionnelle et leur niveau d'indépendance (Hooyman et al., 1982; Kinderknecht, 1986; Quinn et Tomita, 1986).

On peut également préparer les clients à la récurrence possible de la violence et de la négligence en les conseillant, en leur rappelant quels rôles à jouer le cas échéant et en leur offrant une information exhaustive sur les droits sociaux et juridiques des personnes âgées et les conséquences des mauvais traitements continus (Association canadienne des administrateurs des services sociaux en milieu de santé, 1985; Quinn et Tomita, 1986).

c) **Changement du milieu**

Dans un faible pourcentage des cas, on peut devoir restructurer le milieu dans lequel vivent les personnes âgées (Quinn et Tomita, 1986). C'est-à-dire que les professionnels de la santé devront peut-être encourager et aider leurs clients à s'établir ailleurs, par exemple, dans une famille adoptive, une pension de famille, et dans un centre pour personnes âgées ou une maison de soins infirmiers. Lorsqu'on juge nécessaire de reloger temporairement une personne âgée victime de mauvais traitements, on peut opter pour l'hébergement et les refuges (en autant où il y a de la place disponible) (Hooyman et al., 1982; Kinderknecht, 1986; Quinn et Tomita, 1986).

Prendre des initiatives pour améliorer la situation à la maison et faciliter les rencontres avec la personne âgée à l'extérieur du lieu où elles habitent peuvent également valoir la peine (Quinn et Tomita, 1986).

d) Lien entre les services de soutien et les ressources

Comme dans la plupart, sinon un très grand nombre, des cas de mauvais traitements infligés aux personnes âgées, la « victime » choisit de ne rien faire pour changer la situation, il faut très souvent offrir des services à une famille non démembrée mais où il y a du stress. On peut alors aider les gens âgés à obtenir des services concrets tels que des repas livrés à domicile et des soins de jour. Les professionnels de la santé peuvent se rendre très utiles également en mettant les personnes âgées en contact avec des « gardiens » et des gens qui sont là pour les aider (c'est-à-dire amis, voisins et bénévoles) (Hooyman et al., 1982; Quinn et Tomita, 1986).

3. Intervention directe au sein de la famille

Tel que mentionné déjà, les mauvais traitements infligés aux personnes âgées (comme d'autres types de violence dans la famille) sont symptomatiques d'un problème qui touche non seulement la personne agressée, mais toute la structure familiale. Par conséquent, on a plus de chances d'améliorer la situation si on tient compte des besoins des membres de la famille (de même que des besoins de la victime). Voici quelques marches à suivre possibles dont pourraient profiter les membres d'une famille qui prennent soin d'une personne âgée.

a) Plan thérapeutique

En rendant plusieurs visites à la maison ou en rencontrant sur rendez-vous les personnes apportant des soins, on peut évaluer leurs capacités fonctionnelles, clarifier les attentes quant à leur rôle, vérifier les faits, venir en aide aux plans de la communication, de la prise de décisions et de la résolution de problèmes. Un autre objectif des services de counselling également important est celui de mettre un terme au sentiment de culpabilité ressenti par le fournisseur de soins qui désire une vie à lui, refuse le « fardeau » qu'est celui de prendre soin d'un parent, désire placer un parent, un(e) conjoint(e), un frère ou une soeur dans un établissement de soins, etc. (Quinn et Tomita, 1986; Steuer et Austin, 1980).

Les groupes « de soutien mutuel » (quand ils existent) peuvent jouer un rôle précieux en ce qu'ils promouvaient l'extériorisation des sentiments associés au rôle de pourvoyeur de soins, le partage des sentiments de culpabilité et l'appui mutuel entre des gens qui font face à des situations semblables (Eastman, 1984; Hooyman et al., 1982). En fait Eastman suggère « qu'ils peuvent accomplir davantage pour la restoration d'une unité familiale rompue qu'un travailleur social sans expérience, comme le processus de guérison ne peut s'opérer qu'en douceur » (1984, p. 76).

Kinderknecht (1986) indique que les professionnels de la santé espérant que leurs efforts en vue d'améliorer la situation portent fruit devraient avoir comme objectif, entre autres, de remédier aux limites physiques ou cognitives particulières de la personne pourvoyant les soins. Si celle-ci a tendance à oublier certaines choses, on peut lui faciliter la tâche en formulant à son intention un plan de soins facile à assimiler. Dans le cas d'une personne analphabète, on peut illustrer ce plan de soins. De la même façon, on peut venir en aide à une personne fragile et limitée dans ses mouvements, qui a la charge d'une autre personne, en lui procurant des appareils d'assistance adaptés à ses besoins, tels qu'un levier hydraulique et des barres d'appui.

b) Plan éducatif

Que ce soit par l'entremise de rapports individuels ou via des séances d'information à la grandeur de la communauté et de petits groupes de discussion, il est possible de diffuser une information grandement utile pour ceux et celles qui ont la responsabilité de fournir des soins à quelqu'un. Le thème de ces rencontres peut porter sur les aspects physiques et psychologiques du processus de vieillissement et de la maladie chronique, la gestion des problèmes de comportement chez les personnes âgées, les techniques de communication et le processus décisionnel, les ressources communautaires disponibles, etc. (Kinderknecht, 1986).

c) Lien avec les ressources

Renforcer les ressources et l'appui offerts à la personne qui prend soin d'une personne âgée peut aider à soulager le fardeau associé à cette responsabilité et, ce faisant, diminuer les risques de mauvais traitements. Avec l'aide de professionnels, on peut quelquefois apporter un peu de répit au fournisseur de soins via un système d'aide informel dans la famille (c'est-à-dire en recrutant l'aide d'autres membres de la famille, d'amis ou de groupes paroissiaux). À d'autres occasions, une intervention officielle peut être nécessaire et il faudra alors fournir des services de soins à la maison, des soins de jour pour adultes et des services professionnels de soins à domicile. De plus, aider la famille à se procurer les ressources financières auxquelles elle a droit peut servir à alléger le stress lié aux questions économiques, lequel peut contribuer aux mauvais traitements infligés aux membres âgés de la famille (Kinderknecht, 1986).

B. Interventions juridiques

Bien que les interventions des services sociaux tendent à prédominer, il se peut qu'on doive présenter certains cas devant les cours civile ou criminelle (Block et Sinnott, 1979; Hooyman et al., 1986; Senior Citizen's Secretariat, 1988). On peut demander par exemple à une cour civile de décider si une personne âgée souffre ou non d'incapacité mentale ou d'émettre une injonction restrictive pour protéger la victime contre d'autres agressions. Une poursuite criminelle peut, d'un autre côté, être exercée contre l'agresseur par la victime ou la police dans les cas d'agressions sexuelles, de violence physique, de fraude et de détournement de fonds. Car, comme le suggère Callahan (1988), les enfants d'âge adulte ou d'autres personnes apportant des soins, sauf s'ils souffrent d'incapacité intellectuelle, sont responsables de leurs actes au même titre que n'importe qui. Les tribunaux peuvent décider d'acquitter ces personnes, les obliger à recourir à des services de counselling ou leur infliger une punition (Block et Sinnott, 1979).

C. Interventions au sein de la communauté et de la société

Les interventions modérées ou à grande portée valent vraiment la peine dans bien des cas. Aux fins de prévention, par exemple, les professionnels de la santé peuvent chercher à renforcer les efforts d'entraide naturelle au sein de la communauté en offrant de l'information, des consultations (par ex. : conseils, appui et réassurance) ou des cours servant à acquérir des aptitudes. Par la même occasion, on peut établir des liens entre les personnes isolées et des gens qui peuvent les aider de façon informelle (par ex. : des voisins, des amis et d'autres membres de la famille) et souligner plus facilement les cas à des services de soins professionnels (Association canadienne des administrateurs de services sociaux en milieu de santé, 1985; Hooyman et al., 1982). D'autres types d'intervention au sein de la collectivité et de la société sont concevables dans le but d'établir un réseau, d'informer les professionnels, les politiciens, les communautés locales et la société en général sur la violence envers les personnes âgées et leurs besoins, et former les « gardiens » (soit ceux et celles qui occupent des postes visibles et dont l'aide est souvent sollicitée, qu'il s'agisse des facteurs, des prêtres et des pharmaciens) à reconnaître les symptômes de violence et de négligence. Une autre activité importante que l'on peut entreprendre est d'exercer des pressions pour améliorer la législation et étendre les services sociaux dans les communautés pour répondre aux besoins des personnes âgées, dont le nombre s'accroît, et de leur famille, pour donner un suivi aux cas traités et mettre en place des mesures de prévention efficaces (c'est-à-dire des services de counselling et des réseaux de services de soutien) (Champlin, 1982; Douglass, 1983; Quinn et Tomita, 1986).

4.4 Contraintes perçues

Le type idéal d'intervention est bien sûr celui qui est déterminé par les besoins du client. Mais dans la réalité, les décisions à l'étape de l'intervention sont obligatoirement modifiées par de nombreux facteurs qui inhibent l'action et limite les types d'intervention disponibles.

On retrouve assez fréquemment le thème de l'impuissance ressentie par les fournisseurs de services dans les documents de recherche. L'étude de Phillips et Rempusheski (1986) sur la prise de décisions, par exemple, révèle que les travailleurs sociaux et les infirmières qui avaient été interrogés avaient, dans l'ensemble, une sombre vue des solutions rapides, faciles et efficaces à l'égard des « mauvais » soins et des comportements « violents ». En fait, ils n'avaient pas beaucoup d'espoir quant au changement d'attitude des fournisseurs de soins et à la protection les gens âgés maltraités. Bookin et Dunkle (1985) indiquent que certains travailleurs, suite à des sentiments d'impuissance et d'insuffisance, tendent à diminuer leurs attentes et à se fixer des objectifs moins ambitieux dans les cas de violence envers les personnes âgées – surtout quand ce genre de comportement prévaut depuis longtemps dans la famille. Que ce soit le cas ou non, une chose est inévitable : de tels sentiments, de même que leurs causes sous-jacentes influeront sur les décisions prises à l'étape de l'intervention.

Voici quelques-uns des facteurs pouvant évoquer un sentiment d'impuissance chez le travailleur.

a) Contraintes associées à la personne âgée maltraitée et à sa famille

Les pourvoyeurs de soins professionnels auprès des gens âgés se butent à un dilemme d'importance : l'ambivalence des victimes de mauvais traitements et de leur famille ou le refus qu'elles opposent quand il s'agit d'intervenir ou d'offrir des services pour améliorer la situation (Champlin, 1982; Eastman, 1984; Lau et Kosberg, 1979; Ross, 1988). L'enquête du Chronic Illness Center menée auprès de 39 personnes âgées à qui on infligeait de mauvais traitements révèle, par exemple, que dans dix cas (ou 26 p. 100 du total), l'aide ou les ressources proposées étaient rejetées (Lau et Kosberg, 1979). Dans quelques cas, de membres de la famille ont mis des bâtons dans les roues du personnel de diverses organismes communautaires qui ont voulu entrer en contact avec la personne âgée ou lui venir en aide. Dans un des cas, on a menacé d'intenter une poursuite judiciaire contre le Chronic Illness Center. Souvent, le déni exprimé par les victimes âgées et le(s) membre(s) de leur famille a empêché le personnel professionnel d'intervenir. Dans d'autres cas, on avait admis la

situation problématique, cependant la victime et l'agresseur avaient décidé que le problème et sa solution demeuraient une affaire de famille. Enfin, dans 11 cas seulement (ou 28 p. 100 du total), on a suggéré une intervention professionnelle, qui a été acceptée sans la moindre protestation.

Mais pourquoi cette hésitation à accepter les services proposés? Il semble que ce soit pour les mêmes raisons que celles expliquant le déni exprimé par la victime, déni auquel se bute si souvent les professionnels de la santé. Il s'agit de la peur des représailles de la part du pourvoyeur de soins, de la culpabilité, de l'amour voué à la personne apportant des soins et du désir de se protéger contre les conséquences possibles (d'un acte criminel), de la peur des changements éventuels dans l'avenir et d'une admission possible en établissement de soins, etc. (Ross, 1988).

b) Contraintes au plan juridique

Il va de soi, ou presque, que les professionnels de la santé qui s'efforcent de protéger les personnes âgées seules, apeurées, faibles et vulnérables et d'intervenir en leur nom sont assujettis, ce faisant, aux limites du système juridique actuel. Malheureusement, bien que depuis les dernières années au Canada on se préoccupe davantage des victimes, actuelles ou éventuelles, de mauvais traitements et de négligence, il reste encore beaucoup à faire en vue d'élaborer une loi adéquate à ce chapitre.

Les professionnels oeuvrant dans les provinces de Terre-Neuve, de la Nouvelle-Écosse et du Nouveau-Brunswick doivent respecter les lois sur la protection des adultes en vigueur sur leur territoire (Conseil canadien sur le développement social, 1988; Moore et Thompson, 1987; Purdy, 1988). Le Neglected Adults Welfare Act adopté par le gouvernement de Terre-Neuve permet aux autorités de la province de retirer de son foyer un « adulte privé de soins »* et de le placer sous la garde du responsable en vertu de la Loi. Le Adult Protection Act, en vigueur depuis 1985 en Nouvelle-Écosse, s'inspire également du concept de la législation sur la protection des enfants. Conformément à cette loi, il faut présenter un rapport sur les cas de mauvais traitements infligés à des personnes âgées au ministre provincial des Services

sociaux, qui vérifiera les allégations et offrira les services requis. La Loi sur les services à l'enfant et à la famille et sur les relations familiales du Nouveau-Brunswick (1980) autorise de même le ministère des Services sociaux à enquêter sur les allégations de mauvais traitements et de négligence, bien qu'elle n'oblige personne à dénoncer de tels cas. Même les personnes ne souffrant d'aucune incapacité mentale n'ont pas le droit de refuser une enquête sur leur condition, un examen médical, une injonction de surveillance, la gestion de leur propriété, ou leur admission dans un établissement. Des lois comme celles-là facilitent clairement la tâche aux professionnels qui s'efforcent de rencontrer et de protéger les personnes âgées, souffrant ou non d'incapacité mentale, victimes de mauvais traitements ou de négligence. Cependant, l'éthique liée aux enquêtes ou à l'ingérence dans les droits des victimes ne souffrant d'aucune incapacité mentale pour une raison ou une autre est discutable.

Les fournisseurs de services qui travaillent dans une province autre que celles déjà mentionnées se voient couper leurs moyens parce qu'ils n'ont pas le pouvoir, sinon limité, d'entrer en communication avec les personnes qu'ils soupçonnent être maltraitées et d'intervenir le cas échéant (Rathbone-McCuan, 1980; Podnieks, 1985; Sharpe, 1988). Bien que différentes lois autorisent les professionnels de la santé à intervenir dans divers types de situations problématiques, aucune n'a pour objectif de protéger et d'aider les adultes risquant de subir de mauvais traitements ou les actuelles victimes – qu'ils souffrent ou non d'incapacité intellectuelle. De plus, parce que leur nature est celle du « tout ou rien », les mécanismes juridiques en place se révèlent souvent des moyens inadéquats et répressifs quand vient le moment d'aider des personnes âgées capables de prendre des décisions mais qui, pour diverses raisons, ne peuvent satisfaire leurs souhaits sans être guidées (Schallman, 1983). Voici certaines lois adoptées par le gouvernement de l'Ontario qui devraient aider à illustrer cet argument.

* Un « adulte privé de soins » est une personne incapable de prendre soin d'elle-même de façon convenable et qui refuse ou est incapable d'obtenir des soins adéquats (Purdy, 1988, p. 48).

En vertu de la Loi sur la santé mentale, un élément important de la législation ontarienne, on peut faire passer un examen psychiatrique à un individu qui a menacé ou tenté de s'infliger des lésions corporelles, ou qui s'est montré incapable de prendre soin de lui-même (Santé et Bien-être social Canada, 1987; Podnieks, 1988; Sharpe, 1988). On peut invoquer cette loi pour pénétrer dans un logement où les mauvais traitements allégués sont infligés. Cependant le recours à cette procédure, telle que décrite dans la Loi, est, dans bien des cas, une mesure draconienne et inappropriée pour résoudre les problèmes des victimes de violence ou de négligence souffrant d'incapacité mentale. D'abord, cette façon de faire conduit quelquefois à des admissions à long terme, inutiles, et inopportunes dans des établissements de soins. De plus, on peut juger que des personnes souffrent d'incapacité mentale en se fiant sur une information très limitée, les privant ainsi de droits importants, d'une procédure équitable et souvent du droit d'appel (Santé et Bien-être social Canada, 1987).

On peut choisir une autre voie, coûteuse et gênante, soit celle de la législation provinciale sur l'incapacité mentale. La Loi sur l'incapacité mentale prévoit la tutelle d'une personne et des biens d'une personne souffrant « d'incapacité mentale » durant les procédures judiciaires. En fait, la perte de droits est souvent totale et permanente puisque pour les récupérer, l'individu en question doit généralement initier un recours en justice (Santé et Bien-être social Canada, 1987). Cette Loi ne traite pas notamment de la question de la violence envers la personne souffrant d'incapacité mentale. De plus, il est possible que certains individus classés dans cette catégorie n'aient pas nécessairement besoin d'un tuteur. Car une fois que le cycle des mauvais traitements est interrompu, la victime peut recommencer à prendre elle-même des décisions.

Mentionnons un autre outil législatif important, la Loi sur la protection et la promotion de la santé. On n'y trouve pas non plus de disposition permettant d'intervenir au nom de la personne maltraitée (Sharpe, 1988). Quand on a une raison de croire que la santé d'une personne habitant un logement est en danger, la Loi accorde simplement le droit à un médecin-

hygiéniste (ou à son ou sa délégué(e)) de se rendre au logement et d'ordonner subséquemment qu'on nettoie les lieux (Podnieks, 1988).

Le système de la justice criminelle est nettement limité dans sa capacité de protéger les adultes qui subissent de mauvais traitements. Lorsqu'elle a des preuves (telles que des ecchymoses ou des os brisés), la police a bien sûr le droit de faire une enquête, que la victime ait déposé une plainte officielle ou produit des preuves ou non. Cependant, il faut avoir sous la main suffisamment d'information pour intenter une poursuite contre quelqu'un. Il peut être impossible de prouver sans l'ombre d'un doute l'identité de la personne ayant commis l'infraction (Sharpe, 1988). Prouver que la blessure dont souffre une personne âgée est purement accidentelle peut être tout aussi difficile. Comme le suggère Champlin :

> Les blessures ne sont pas les brûlures, les ébouillantages ou les écorchures graves que l'on retrouve dans les cas de violence faite à des enfants. Généralement, on frappe une personne âgée, on la bouscule ou on la pousse, on la secoue... Vous n'avez pas à faire grand chose pour blesser une personne âgée. Il suffit quelquefois de bien la secouer pour briser un os. Alors qui peut dire qu'une ecchymose est le résultat d'un geste accidentel ou intentionnel? (1982, p. 166). [Traduction]

Bref, bien qu'une personne âgée puisse être en véritable danger, il n'y a peut-être aucun cas d'agression pouvant être prouvé au plan juridique et qui pourrait correspondre aux dispositions du Code criminel. De plus, bien qu'il soit important d'intenter des poursuites contre les infractions criminelles, c'est l'agresseur qu'il faut viser. On ferme souvent les yeux sur des questions telles que la protection de la victime et l'aide qu'on peut apporter pour améliorer la situation.

À la lumière de ces limites inhérentes à la législation actuelle, les services sociaux et le personnel de la santé ont estimé, selon toute apparence, qu'il était impérieux d'appliquer des mesures volontaires (Sharpe, 1988). En concertant leurs efforts, des membres de diverses professions d'aide ont pu aider efficacement, dans certains cas, les victimes de mauvais traitements. De temps à autre, les travailleurs des services de soins ont indiqué avoir pu se rendre sur les lieux, en vertu de la Loi sur la protection des animaux où un animal, ou un être humain, était en détresse. Dans le cas où une présumée victime recevait les soins de sa famille, quelques fournisseurs de services se sont rendus sur les lieux en prétextant une visite et, ce faisant, ont pu prouver que des mauvais traitements étaient bel et bien infligés. D'autres ont jugé nécessaire d'intervenir sans en avoir l'autorité dans le but de protéger une personne âgée maltraitée – malgré les risques qu'ils prenaient au plan juridique. Il reste que dans d'autres cas, les mauvais traitements soupçonnés ont continué, comme on a vu aucun moyen d'intervention disponible (Sharpe, 1988).

c) **Services de soutien communautaires inadéquats**

De nombreux auteurs (par ex. : Eastman, 1984, Sengstock et al., 1984) ont suggéré une autre solution, la moins restrictive de toutes, consistant en un principe de base qui devrait gouverner toute intervention dans les cas de violence envers les personnes âgées. En d'autres mots, les services offerts devraient correspondre aux problèmes et être de l'intensité voulue. C'est bien sûr la solution idéale. Il reste cependant que la résolution des problèmes cibles par l'entremise du moyen « le moins restrictif » nécessite souvent une gamme de services de soutien au sein de la communauté et de ressources humaines pour les victimes, les agresseurs et leur famille – des services qui sont en grande partie inexistants et inappropriés dans nombre de communautés (Bookin et Dunkle, 1985; Champlin, 1982; Conseil sur le Vieillissement d'Ottawa-Carleton, 1988; Crystal, 1987; Hooyman et al., 1982; Katz, 1980; Langley, 1981; et Rathbone-McCuan et al., 1983).

Les expériences vécues par les travailleurs sur le terrain, par exemple, indiquent que les interventions visant à offrir des services de soutien et de counselling pour soulager et appuyer les fournisseurs de soins peuvent, dans bien des cas, améliorer les situations où de mauvais traitements sont infligés. Cependant, comme le souligne Donavan Redknap, président de la Société Alzheimer d'Ottawa-Carleton, les possibilités que nous avons d'alléger le fardeau des personnes apportant des soins sont largement limitées par le manque de continuité dans les gens qui les relèvent de leur fonction, le peu de soins à domicile disponibles et les prix inabordables des soins privés (Conseil sur le Vieillissement d'Ottawa-Carleton, 1988). En même temps, il arrive que ce soit nécessaire de retirer de son foyer pour une certaine période (ou de façon permanente) une personne âgée maltraitée, mais l'absence d'établissements et de services appropriés rend souvent la chose impossible. Non seulement n'y a-t-il pas suffisamment de lits de dépannage, règle générale, mais nombre de communautés ne disposent pas non plus de logements abordables qui offrent les soins en milieu surveillé et l'aide dont les personnes âgées peuvent avoir besoin. De plus, les refuges comme ceux pour les femmes battues et les sans-abri sont rares et isolés les uns des autres, mal équipés habituellement pour accueillir les gens qui ne sont pas sur pied ou qui sont fragiles. Le placement des gens âgés en foyer nourricier est encore plus rare (Conseil sur le Vieillissement d'Ottawa-Carleton, 1988; Langley, 1981).

Un exemple tiré des dossiers d'un hôpital général urbain illustre le dilemme qui peut se présenter quand il faut prendre soin d'un patient âgé.

> Mme V, 66 ans, victime d'un accident cardiovasculaire il y a 11 ans, est hospitalisée après avoir été battue par son fils, un professionnel sans emploi, alcoolique et souffrant de problèmes de santé mentale. Bien que les ecchymoses disparurent au bout de quelques jours, on la garda à l'hôpital plus longtemps que d'habitude parce que les établissements « sécuritaires » pour les victimes de violence n'étaient pas équipés pour recevoir une patiente en

> chaise roulante ou pour lui apporter les soins de santé dont elle avait besoin (Westberg, 1987, p. 108). [Traduction]

Il est important de noter également que les services disponibles sont généralement offerts par divers organismes et sont difficiles à regrouper, même pour le personnel des soins de santé et des services sociaux (Langley, 1981; Pratt et al., 1983; Rathbone-McCuan et al., 1983). Résultats : bien des cas de mauvais traitements infligés à des gens âgés ne sont pas résolus parce qu'il est impossible de mobiliser les ressources nécessaires. Les professionnels de la santé seront peut-être obligés de remplir des tâches pour faire le pont entre les besoins des clients et les services et les programmes liés à la prévention et au traitement des agressions à l'égard des personnes âgées.

d) Ressources inadéquates au sein des organismes

Selon les documents de recherche, la protection des personnes âgées dépendantes victimes de mauvais traitements est souvent entravée par un personnel insuffisant dans les organismes de services sociaux (Kinderknecht, 1986; Rathbone-McCuan, 1980). Bâtir une relation de confiance avec la personne âgée maltraitée et sa famille, planifier un dossier, souligner le cas à d'autres organismes, faciliter l'offre de services, et s'occuper du suivi peuvent demander beaucoup de temps. Cependant, ces étapes sont souvent nécessaires si l'on veut apporter une solution appropriée, efficace et cohésive aux cas de violence envers les personnes âgées. Malheureusement, comme ils sont habituellement débordés de travail et qu'ils n'ont qu'un certain nombre d'heures dans la journée pour le faire, les professionnels de la santé peuvent être obligés de modifier la stratégie d'intervention choisie – au détriment peut-être de la victime et de l'agresseur.

Les travailleurs sociaux et le personnel d'autres professions d'aide ont également souligné les dilemmes et les frustrations qu'ils rencontrent au moment d'intervenir pour résoudre les problèmes de mauvais traitements infligés à des personnes âgées par leur famille en raison d'un manque de directives au sein de leur organisme (Callahan, 1982; Conseil sur le

Vieillissement d'Ottawa-Carleton, 1988; Eastman, 1984; Hooyman et al., 1982). Sans protocoles écrits et sans procédures particulières pour guider les professionnels de la santé, nombre d'entre eux ne savent pas comment s'y prendre et quand intervenir. Par conséquent, l'intervention, si elle a lieu, se caractérise fréquemment par des réponses à multiples objets basées sur une sensibilité individuelle et les priorités conflictuelles du client.

4.5 Conséquences perçues

Il faut absolument tenir compte des résultats éventuels de diverses actions lorsque vient le temps de formuler les décisions d'intervention, parce que les pertes utilitaires, tant pour les professionnels de la santé que pour les personnes âgées, peuvent être significatives.

a) Conséquences pour les travailleurs

Il semble que les travailleurs qui choisissent d'intervenir dans les cas de mauvais traitements soupçonnés peuvent avoir énormément à perdre – puisque moins de 4 p. 100 des victimes âgées se plaignent et admettent qu'on les maltraite (Bristowe et Collins, 1989; Sengstock et Barrett, 1981; Schell, 1982). La peur qu'on intente un procès contre le professionnel ou l'organisme pour lequel il travaille s'ils accusent à tort quelqu'un d'infliger de mauvais traitements à une tierce personne est bien réelle – tout comme la peur d'être ridiculisé(e) (en « faisant une montagne de rien du tout ») et les regrets personnels liés aux résultats négatifs d'une intervention. En fait, les décisions prises par les fournisseurs de soins de santé dans le cadre de l'étude réalisée par Phillips et Rempusheski en 1985 étaient fortement influencées par les risques perçus et associés à l'échec, à la désapprobation sociale, au fait de « perdre la face » au travail ou à l'auto-désapprobation.

b) Conséquences pour la personne âgée

Peu importe la stratégie d'intervention choisie, il faut se poser une question éthique importante : va-t-on améliorer ou non la qualité de vie de l'individu, en d'autres mots, les services offerts présentent-ils plus d'avantages que de désavantages? Accabler les clients âgés ou leur famille de services de soutien offerts à la maison, de visites ou, ultimement, de soins

en établissement peut refléter le désir de la société de « protéger » ses citoyens âgés. Cependant, de tels services sous le couvert de la « protection » peuvent être punitifs en ce qu'ils privent un individu de sa dignité, de son autonomie et de son estime de soi. On peut s'attendre aussi à des représailles de la part de celui ou celle apportant des soins (Eastman, 1984). Les travailleurs sociaux et les infirmières qui ont collaboré à l'étude de Phillips et Rempusheski (1985) étaient certainement très conscients des pertes utilitaires éventuelles pour la personne âgée. En fait, les risques d'empirer la situation ont compliqué les décisions prises, éroder les droits des clients à l'autodétermination et priver la personne âgée de l'environnement qui lui procurait de l'amour et de la satisfaction, malgré les mauvais traitements infligés.

Eastman (1984) suggère, par exemple, que les soins procurés à la maison peuvent, et c'est souvent le cas, contribuer à accroître la dépendance de la personne âgée si on ne pense pas assez, avant de les offrir, à ses ramifications. Une fille peut assumer le rôle de « ménagère » pour une mère, qui met en elle sa confiance dans le but d'obtenir plus d'attention. Ou une fille peut estimer que les fournisseurs de soins – en la relevant de cette tâche – la placent dans une situation où elle se sent impuissante, ce qui contribue au stress lié aux rapports familiaux.

Il est possible aussi que les personnes âgées retirent peu, sinon rien, de mesures aussi draconniennes que la tutelle ou le placement en établissement. Nombre d'auteurs ont fait allusion au fait que les diagnostics d'incapacité mentale sont basés généralement sur des déclarations d'incapacité mentale plutôt que sur des preuves d'invalidité fonctionnelle (Bolton et Bolton, 1987; Potter et Jameton, 1986). Dans bien des cas cependant, une personne âgée n'est pas capable de fonctionner dans des domaines particuliers (par ex. : payer les factures et demander qu'on fasse des réparations à la maison). Rendre cette personne incapable de poser aucun geste ayant des conséquences juridiques équivaut à forcer une personne qui se déplace avec une canne en toute sécurité à utiliser une chaise roulante (Potter et Jameton, 1986). Finalement, les procédures liées à la tutelle peuvent priver un

individu de son autonomie et de sa liberté et l'oppresser peut-être davantage que les soins négligents et les mauvais traitements dont s'est préoccupé l'organisme en premier lieu.

Chose tout aussi importante est le fait que les personnes âgées préfèrent de loin vivre dans un milieu où elles subissent de mauvais traitements et manquent de soins plutôt que d'être placées en établissement – une solution que bon nombre considèrent une sorte de confession d'abdication finale, ou une étape à mi-chemin vers la mort (Anderson, 1981, p. 8). C'est peut-être le cas jusqu'à un certain point. Des preuves suggèrent que la capacité faiblissante d'une personne âgée de manipuler et de contrôler le milieu dans lequel elle vit une fois placée en établissement peut contribuer au sentiment d'impuissance ressenti, à l'isolement, à la dépression et quelquefois à la mort prématurée (Bolton et Bolton, 1987; Katz, 1980; Lau et Kosberg, 1979). De la même façon, la perte d'un milieu avec lequel il s'est familiarisé peut donner à un individu l'impression qu'on lui dérobe sa sécurité et son identité et perturber son homéostasie psychologique (Anderson, 1981).

La citation suivante illustre les changements adverses qui peuvent se produire lorsqu'une personne est admise dans un établissement tel qu'une maison de soins infirmiers.

> La patiente est admise, lavée et rhabillée. Dans l'espace de 24 heures, on ne reconnait presque plus la personne sale, en loques et recroquevillée près du feu chez elle qu'on est allé chercher. D'un autre côté, la vieille femme accroupie près du feu avait beaucoup à dire, démontrait son individualité et sa détermination et était sûre d'elle. À l'hôpital, la même personne peut sembler désorientée, impatiente...et paraître incapable d'exprimer nul autre besoin peut-être que le désir de retourner à la

> maison (Baker, 1976; cité dans l'ouvrage de Anderson, 1981, p. 7). [Traduction]

Retirer une personne de l'endroit où elle habite, qu'elle le veuille ou non, peut la priver de la plupart des rapports positifs qu'elle avait établis (les mauvais traitements compris) ainsi que de ses souvenirs. Une personne âgée qui vit de ses souvenirs risque beaucoup plus lorsqu'elle est placée dans un nouveau milieu, comme son monde de rêves est annihilé avec l'ajustement à sa nouvelle vie (Anderson, 1981).

Une fois qu'on a tenu compte des cinq facteurs susmentionnés, on peut prendre une décision sur la ou les meilleure(s) marche(s) à suivre dans un cas de violence envers une personne âgée.

CHAPITRE 5.0 SOMMAIRE ET RECOMMANDATIONS

Les mauvais traitements infligés aux personnes âgées dans la famille – la violence physique, la violence psychologique, l'exploitation matérielle ou la négligence – témoignent d'un symptôme pathétique des rapports profondément perturbés entre ces personnes et les membres de leur famille qui en prennent soin. C'est aussi, à en juger par le peu de preuves disponibles, un problème de plus en plus commun, grave, et d'une complexité considérable. Déjà, au moins 4 p. 100 des personnes âgées au pays sont des victimes en puissance de ce crime on ne peut plus hideux (Podnieks et Pillemer, 1989). Le problème menace de prendre de l'ampleur dans le contexte démographique, socioculturel et économique actuel.

Comme la sensibilisation à ce phénomène de longue date ne remonte qu'à la fin des années 70, la recherche sur la violence et la négligence envers les personnes âgées n'est qu'à ses balbutiements. Bien sûr, de grands progrès ont été réalisés dans le domaine de la recherche gérontologique à ce chapitre. En fait, les résultats du travail accompli nous ont permis de mieux comprendre la nature, l'ampleur et l'étiologie du problème et de mieux connaître les indicateurs cliniques, les méthodes associés au dépistage et à l'intervention de même que les complexités éthiques, sociales et politiques inhérentes à ce genre de travail. Cependant, les décisions que devaient prendre les professionnels de la santé et les multiples facteurs pouvant influer sur le processus décisionnel n'avaient pas été définies de façon claire, ordonnée et holistique avant la réalisation de ces travaux de recherche. On avait ainsi l'impression que même les professionnels de la santé « bien informés » (particulièrement au Canada), dans une large mesure, ne recevaient aucun appui ni directives dans leurs efforts pour identifier efficacement les cas de violence et de négligence et intervenir au besoin.

Dans le but de combler cette importante lacune dans la recherche effectuée jusqu'à maintenant, l'auteure du présent document a consulté quelque 90 articles portant sur les mauvais traitements infligés aux personnes âgées (emphase mise sur la situation au Canada) dans le but d'élaborer et de

présenter un modèle décisionnel fondé sur des principes éthiques et philosophiques choisis. Les plus importants d'entre eux sont les droits des clients :

- d'être considérés cas par cas afin qu'on établisse leurs meilleurs intérêts;
- d'être protégés contre les mauvais traitements pouvant leur être infligés;
- de prendre part en toute liberté au style de vie de leur choix;
- de collaborer autant qu'ils sont capables aux décisions prises concernant leur bien-être et leur sécurité;
- de pouvoir choisir les services de soins les moins restrictifs ou importuns.

Ce médium organisationnel permet de souligner les décisions clés aux étapes de dépistage et d'intervention, de définir les principales catégories et sous-catégories dont on peut et devrait tenir compte au cours de la prise de décisions et de fournir les directives pouvant faciliter le processus. L'auteure présente ce document dans le but qu'il serve d'outil de formation et d'orientation efficace pour les travailleurs sans expérience et de référence pour tous les travailleurs qui prennent des décisions à risques élevés et associées aux mauvais traitements infligés aux personnes âgées.

Un travailleur social bénéficiant d'une longue expérience dans ce domaine a qualifié le modèle d'outil pertinent et facile à comprendre pouvant être fort utile pour les professionnels de la santé qui tâchent d'identifier les cas de mauvais traitements et d'intervenir dans ces situations. Malheureusement, le modèle présenté ne peut être testé sur un grande échelle à l'heure actuelle faute de temps et de ressources financières. Cependant, si la pertinence de celui-ci doit être établie, alors il faudra réaliser une étude systématique dans le but de colliger les commentaires subjectifs d'un plus grand nombre d'employés des professions d'aide qui travaillent auprès des personnes âgées. Pour qu'ils puissent juger de la valeur du paradigme, par exemple, on peut demander aux professionnels de la santé de l'appliquer à un

ou deux cas de mauvais traitements, concrets ou soupçonnés, avec lesquels ils se sont familiarisés.

Il faudra aussi élaborer davantage les composantes du modèle via des études (basées sur un échantillonnage plus grand de la population représentant divers groupes culturels), des enquêtes et une cueillette systématique de données. Pour mettre en oeuvre des mécanismes de prévention, d'identification et de soins plus efficaces, il faut d'abord mieux comprendre le problème de la violence envers les personnes âgées (les antécédents, les causes et les conséquences) de même que les répercussions sociales et juridiques des interventions (laquelle appliquer pour telle personne et dans telles conditions). Bien que le manque de ressources financières ou les contraintes aux plans social et juridique brident les projets de recherche de longue haleine dans ce domaine délicat et déconcertant, il est essentiel que les professionnels surmontent ces barrières afin de fournir les données empiriques nécessaires pour les guider dans leur travail.

On encourage aussi les gens oeuvrant dans diverses disciplines à discuter davantage entre eux de leur expérience de travail auprès des personnes âgées victimes de mauvais traitements. Ils peuvent se demander quels types de problèmes ils rencontrent présentement, les succès et les échecs qu'ils ont connus, le genre d'appui et de résistance que leur offre ou leur oppose l'organisme pour lequel ils travaillent? (Potter et Jameton, 1986, p. 121). Cela devrait permettre non seulement à la recherche sur les mauvais traitements infligés aux personnes âgées de faire un grand pas en avant, mais aussi d'appuyer les professionnels de la santé et de leur donner le moyen d'être d'autant plus efficaces à divers chapitres. Dans cet ordre d'idée, des colloques sur la violence envers les personnes âgées tel que celui organisé par le Conseil sur le Vieillissement d'Ottawa-Carleton, en avril 1988, constituent certainement un pas dans la bonne direction.

Les paroles de Schlesinger serviront de conclusion (1984, p. 59) :

> Nous devons être sensibilisés au crime que représente la violence envers les personnes âgées et nous devons initier des programmes et poser des gestes pour prévenir ce genre de situation. Nous appuyons les centres d'aide aux victimes du viol, nous luttons pour venir en aide aux femmes battues et nous fustigeons la violence faite aux enfants, sous toutes ses formes. Nous nous battons pour la qualité de la vie. Pourquoi restons-nous muets quand nos mères et nos grands-mères se battent seules et dans le silence pour leur survie, pour vieillir dans la dignité et dans un monde qui les comprend? Il faut donner de notre force à ceux et celles qui l'ont perdue. Il faut entendre leurs cris silencieux et leur prêter notre voix pour qu'ils se fassent entendre. Nous vieillirons nous aussi et nous voulons nous aussi vivre dans un monde où les gens se respectent, s'aiment et prennent soin les uns des autres, un monde où la violence envers les personnes âgées n'augmente pas et où on ne lève pas la main sur les citoyens âgés. [Traduction]

6.0 BIBLIOGRAPHIE

Abramson, Marcia. "The Autonomy - Paternalism Dilemma in Social Work Practice", Social Casework, Vol. 66, #7, 3567-394, September 1985.

Anderson, Cheryl L. "Abuse and Neglect Among the Elderly", Journal of Gerontological Nursing. Vol. 7, #2, 77-85, February 1981.

Baumann, A. & Bourbonnais, F. "Nursing Decision Making in Critical Care Care Areas", Journal of Advance Nursing. Vol. 7, 435-446, 1982.

Beck, Cornelia, M. & Ferguson, Doris. "Aged Abuse", Journal of Gerontological Nursing. Vol. 7, #6, June 1981.

Belanger, Lise. « La stratégie de l'intervention du secours des personnes abusées âgées. », Actes du colloque sur la violence envers la personne âgée. Conseil sur le Vieillissement d'Ottawa-Carleton, 34-40, April 1988.

Block, Marilyn R. & Sinnott, Jan D. The Battered Elder Syndrome: An Exploratory Study. Centre on Aging, University of Maryland, College Park, Maryland, 1979.

Bolton, Frank G. & Bolton, Susan R. Working with Violent Families: A Guide for Clinical and Legal Practitioners. California: Sage Publications, 1987.

Bookin, Deborah & Dunkle, Ruth E. "Elder Abuse: Issues for the Practitioner", Social Casework. Vol. 6, #1, January 1985.

Bristowe, Elizabeth & Collins, John B. "Family Mediated Abuse of Noninstitutionalized Frail Elderly Men and Women Living in British Columbia", Journal of Elder Abuse and Neglect. Vol. 1, #1, 1989.

Callahan, James J. "Elder Abuse Programming: Will it Help the Elderly?" The Urban and Social Change Review. Vol. 15, #2, Summer 1982.

Callahan, James J. "Elder Abuse: Some Questions for Policymakers", Gerontologist. Vol. 28, #4, 1988.

Association canadienne des administrateurs de services sociaux en milieu de santé. Manuel de protocole sur la violence domestique : pour les travailleurs sociaux en milieu de santé. Ottawa : Ministère de Santé et bien-être social, 1985.

Conseil canadien de développement social. « Comprendre la dimension des phénomènes des mauvais traitements aux personnes âgées. » Vis-à-Vis : Bulletin national sur la violence familiale. Vol. 6, n° 3, automne 1988.

Champlin, Leslie. "The Battered Elderly", Geriatrics. Vol. 37, #7, July 1982.

Chen, Pei N.; Bell, Sharon L.; Dolinsky, Debra L., Doyle, John; & Dunn, Moira. "Elderly Abuse in Domestic Settings: A Pilot Study", Journal of Gerontological Social Work. Vol. 4, #1, Fall 1981.

Cicirelli, Victor G. "The Helping Relationship and Family Neglect in Later Life". In Karl A. Pillemer & Rosalie S. Wolf (eds.) Elder Abuse: Conflict in the Family. Massachusetts: Auburn House Publishing Co., 1986.

Cohen, Leah. Violence Against Older Women: An International Survey. Ottawa: Canadian Advisory Council on the Status of Women, 1982.

Conseil sur le Vieillissement d'Ottawa-Carleton. Violence et néglicence envers les personnes âgées: rapport d'une étude menée par le Comité spécial sur la violence et la négligence envers les personnes âgées du Conseil sur le Vieillissement d'Ottawa-Carleton. Février 1987.

Conseil sur le Vieillissement d'Ottawa-Carleton. Augmentons notre connaissance de la violence envers la personne âgée: trois modèles éducationnels. Mars 1988.

Conseil sur le Vieillissement d'Ottawa-Carleton. Actes du colloque sur la violence envers la personne âgée. Avril 1988.

Crystal, Stephen. "Elder Abuse: The Latest Crisis", Public Interest. Vol. 88, 56-66, Summer 1987.

Dileonardo, Joan W. "Decision Making in Protective Services", Child Welfare. Vol. 59, 356-364, 1980.

Douglass, Richard L. "Domestic Neglect and Abuse of the Elderly: Implications for Research and Service", Family Relations. Vol. 32, 395-402, 1983.

Douglass, Richard & Hickey, Tom. A Study of Maltreatment of the Elderly and Other Vulnerable Adults. Ann Arbor: University of Michigan, Institute of Gerontology, 1980.

Eastman, Mervyn. Old Age Abuse. England: Age Concern, 1984.

Edwards, Chris & Ciavaglia, Don. Practitioners' Perception of Elder Abuse in Ottawa Carleton Region. Independent Enquiry Project, Carleton School of Social Work, 1985.

Falcioni, D. "Assessing the Abused Elderly", Journal of Gerontological Nursing. Vol. 8, 208-212, 1982.

Ferguson, Doris & Beck, Cornelia. "H.A.L.F. - A Tool to Assess Elder Abuse Within the Family", Geriatric Nursing, Sept/Oct. 1983.

Fulmer, Terry "Elder Abuse Assessment Tool", Dimensions of Critical Care Nursing. Vol. 3, #4, July - August 1984.

Ghent, William R.; Da Sylva, Normand P.; Farren, Margo E. "Family Violence: Guidelines for Recognition and Management", Canadian Medical Association Journal. Vol. 132, March 1985.

Giordano, Nan Hervig & Giordano, Jeffrey A. "Elder Abuse: A Review of the Literature", Social Work. Vol. 29, #3, May/June 1984.

Girard, Paul. Elder Abuse and Its Impact on Hospital Social Work. Halifax, Nova Scotia: Victoria General Hospital, July 1985.

Goldstein, Stanley E. & Blank, Arthur. "The Elderly: Abused or Abusers?" Canadian Medical Association Journal. Vol. 127, #6, September 1982.

Hamilton, Gail P. "Prevent Elder Abuse Using a Family Systems Approach", Journal of Gerontological Nursing. Vol. 15, #3, March 1989.

Santé et bien-être social. Les mauvais traitements et la négligence envers les personnes âgées. Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1989.

Health and Welfare Canada. Canadian Initiatives Relative to the Prevention of Elder Abuse. Ottawa: Family Violence Prevention Division, 1987.
Santé et bien-être social, Le groupe d'études sur les questions juridiques, Comité des lignes directrices relatives à la prestation de services complets aux personnes âgées souffrant de troubles mentaux. « L'aspect juridique des soins dispensés aux personnes âgées souffrant d'incapacité mentale : la capacité, la prise en charge des intérêts et la protection des droits. » Santé mentale au Canada, Juin 1987.

Hickey, Tom & Douglass, Richard L. "Neglect and Abuse of Older Family Members: Professionals' Prespectives and Case Experiences", Gerontologist. Vol. 21, #2, 1981.

Hooyman, Nancy R.; Rathbone-McCuan, Eloise; & Klingbeil, Karil. "Serving the Vulnerable Elderly: The Detection, Intervention and Prevention of Familial Abuse", The Urban and Social Change Review. Vol. 15, #2, 1982.

Hudson, Margaret F. "Elder Mistreatment: Current Research", in Karl A. Pillemer & Rosalie S. Wolf (eds.), Elder Abuse: Conflict in the Family. Massachusetts: Auburn House Publishing Co., 1986.

Hudson, Margaret F. & Johnson, Tanya F. "Elder Neglect and Abuse: A Review of the Literature", in C. Eisdorfer (ed.), Annual Review of Gerontology and Geriatrics. New York: Springers, Vol. 6, 81-134, 1986.

Janis, I.L. & Mann, L. Decision Making. New York: The Free Press, 1977.

Johnson, Tanya. "Critical Issues in the Definitions of Elder Mistreatment", in Karl A. Pillemer & Rosalie S. Wolf (eds.), Elder Abuse: Conflict in the Family. Massachusetts: Auburn House Publishing Co., 1986.

Katz, Katheryn D. "Elder Abuse", Journal of Family Law. Vol. 18, #4, 1979/80.

Kimsey, Larry R.; Tarbox, Arthur R.; & Biragg, David T. "Abuse of the Elderly - The Hidden Agenda", Journal of American Geriatrics Society. Vol. 29, #10, 1981.

Kinderknecht, Cheryl H. "In-Home Social Work with Abused or Neglected Elderly: An Experimental Guide to Assessment and Treatment", Journal of Gerontological Social Work. Vol. 9, #3, Spring 1986.

Kosberg, Jordon I. Abuse and Maltreatment of the Elderly. Boston: John Wright, PSG Inc., 1983.

Kosberg, Jordon I. "Preventing Elder Abuse: Identification of High Risk Factors Prior to Placement Decisions", Gerontologist. Vol. 28, #1, 1988.

Kosberg, Jordon I. "Preventing Elder Abuse: Identification of High Risk Factors Prior to Placement Decisions", Gerontologist. Vol. 28, #1, 1988.

Langley, Ann "Abuse of the Elderly", Human Services Monograph Series. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, September 1981.

Lau, Elizabeth E. "Inpatient Geropsychiatry in the Network of Elder Abuse Services", Convergence in Aging. Vol. 3, 1986.

Lau, Elizabeth E. & Kosberg, Jorden I. "Abuse of the Elderly by Informal Caregivers", Aging. #299-300, September - October 1979.

Ledbetter-Hancock, Betsy. Social Work with Older People. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall Inc., 1987.

Matlaw, Jane R. & Mayer, Jane B. "Elder Abuse: Ethical and Practical Dilemmas for Social Work", Health and Social Work. Vol. 11, #2, Spring 1986.

Moore, Terence & Thompson, Victor. Elder Abuse: A Review of Research, Programmes and Policy", The Social Worker. Vol. 55, #3, Fall 1987.

O'Malley, T.; Everitt, D.; O'Malley, H.; & Champion E. "Identifying and Preventing Family-Mediated Abuse and Neglect of Elderly Persons", Annals of Internal Medicine. Vol. 98, 998-1005, June 1983.

Pedrick-Cornell, Claire & Gelles, Richard J. "Elder Abuse: the Status of Current Knowledge", Family Relations. Vol. 31, 457-65, 1982.

Phillips, Linda R. & Rempusheski, Veronica F. "A Decision-Making Model for Diagnosing and Intervening in Elder Abuse and Neglect", Nursing Research. Vol. 34, #3, May/June 1985.

Phillips, Linda R. & Rempusheski, Veronica F. "Making Decisions about Elder Abuse", Social Casework. Vol. 67, #3, March 1986.

Pillemer, Karl & Finkelhor, David. "The Prevalence of Elder Abuse: A Random Sample Survey", Gerontologist. Vol. 28, #1, 1988.

Pillemer, Karl. "The Dangers of Dependency: New Findings in Domestic Violence Against the Elderly", Social Problems. Vol. 33, #2, December 1985.

Pillemer, Karl A. & Wolf, Rosalie S. Elder Abuse: Conflict in the Family. Massachusetts: Auburn House Publishing Co., 1986.

Pine, Barbara A. "Strategies for More Ethical Decision Making in Child Welfare Practice", Child Welfare. Vol. LXVI, #4, July - August 1987.

Podneiks, Elizabeth. "Abuse of the Elderly: When Caregivers Cease to Care", Perspectives. Winter 1985.

Podneiks, Elizabeth. "Mr. Nobody": User's Guide", Part One in a Series The Elderly at Risk. National Film Board of Canada, 1987.

Podneiks, Elizabeth. "Elder Abuse: It's Time We Did Something About it", The Canadian Nurse. Vol. 81, #11, December 1985.

Podneiks, Elizabeth & Pillemer, Karl. National Survey on Abuse of the Elderly in Canada: Preliminary Findings. Toronto: Ryerson Polytechnical Institute, October 1989.

Potter, Jane F. & Jameton, Andrew. "Respecting the Choices of Elders: Autonomy or Abuse", Convergence in Aging. Vol. 3, 1986.

Pratt, Clara C.; Koval, James & Lloyd, Sally. "Service Workers' Responses to Abuse of the Elderly", Social Casework. Vol. 64, #3, March 1983.

Purdy, Sheil. « Violence vers les aînés - Le crime caché », Actes du colloque sur la violence envers les personnes âgées. Conseil sur le Vieillissement d'Ottawa-Carleton, Ottawa, Avril 1988.

Rathbone-McCuan, Eloise. "Case Detection of Abused Elderly Parents", American Journal of Psychiatry. Vol. 139, #2, February 1982.

Rathbone-McCuan, Eloise. "Elderly Victims of Family Violence and Neglect", Social Casework. Vol. 61, #5, May 1980.

Rathbone-McCuan, Eloise; Travis, Ann & Voyles, Barbara. "Family Intervention: The Task-Centered Approach", in Jordon I. Kosberg (eds.), Abuse and Maltreatment of the Elderly: Causes and Interventions. Boston: John Wright, 1983.

Roe, P.F. "Self Neglect", Age and Ageing. Vol. 6, 192, 1977.

Ross, Margaret M. « Violence vers les aînés : implications pour la pratique professionnelle », Actes du colloque sur la violence envers la personne âgée. Conseil sur le Vieillissement d'Ottawa-Carleton, Ottawa, Avril 1988.

Ross, Margaret; Ross, Penny A.; & Ross-Carson, Mary. "Abuse of the Elderly", Canadian Nurse. 37-39, 1985.

Schallman, Rose Mary. Aging Victimization. Abuse: Facilitator's Manual, First Edition. Health and Welfare Canada, Spring 1983.

Schlesinger, Benjamin & Schlesinger, Rachel. Abuse of the Elderly: Issues and Annotated Bibliography. Toronto: University of Toronto Press, 1988.

Schlesinger, Rachel. "Granny-Bashing: An Introduction to the Problem", Canadian Women Studies. Vol. 5, #3, Spring 1984.

Sengstock, Mary C.; Barrett, Sara; & Graham, Robert. "Abused Elders: Victims of Villains or of Circumstances", Journal of Gerontological Social Work. Vol. 8, #½, 1984.

Sengstock, Mary C. & Hwalek, Melanie. "A Review and Analysis of Measures for the Identification of Elder Abuse", Journal of Gerontological Social Work. Vol. 10, #3/4, 1987.

Shell, Donna J. Protection of the Elderly: A Study of Elder Abuse. Winnipeg, Manitoba: Manitoba Council on Aging, 1982.

Stein, Theodore J. Rzepnicki, Tina. Decision Making at Child Welfare Intake: A Handbook for Practitioners. New York: Child Welfare League of America, 1983.

Steinmetz, Suzanne K. "Elder Abuse", Aging. 6-10, February 1981.

Steinmetz, Suzanne K. "Battered Parents", Society. Vol. 15, #15, July/August 1988.

Steuer, Joanne & Austin, Elizabeth. "Family Abuse of the Elderly", Journal of the American Geriatrics Society. Vol. 28, #8, August 1980.

Tomita, Susan K. "Detection and Treatment of Elderly abuse and Neglect: A Protocol for Health Care Professionals", Physical and Occupational Therapy in Geriatrics. Vol. 2, #3, 37-51, Winter 1982.

Valentine, Deborah & Cash, Tim. "A Definitional Discussion of Elder Mistreatment", Journal of Gerontological Social Work. Vol. 9, #3, Spring 1986.

Westberg, Shelagh. "An Aging Population: Implications for Social Workers in Acute Hospitals", The Social Worker. Vol. 55, #3, Fall 1987.